Nr. 47. 22. listopada 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

Rozwój zapatrywań na leczenie raka szyjki macicy [1]).

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych Uniw. Jagiell. w Krakowie. Dyrektor: Prof. Dr. J. Zubrzycki.

Obejmując dzisiaj kierownictwo Kliniki położniczej i chorób kobiecych, jako dziesiąty z rzędu profesor tego działu nauki we Wszechnicy Jagiellońskiej, po moich ostatnich trzech wielkich poprzednikach: Madurowiczu, Jordanie i Rosnerze, witam Jaśnie Wielmożnego Pana Dziekana, Dostojnych Panów Kolegów Profesorów, Panie i Panów słuchaczy oraz obecnych gości i rozpoczynam moje wykłady kliniczne omówieniem rozwoju zapatrywań na leczenie raka szyjki macicy; schorzenia z którem walka jak najintenzywniejsza uzasadniona jest w zupełności i to tak z punktu widzenia ogólnoludzkiego, jak i z punktu widzenia jednostki, zarazem schorzenia stosunkowo często spotykanego. Dowodzą tego chociażby statystyczne dane oparte na materjale prowadzonego dotychczas przezemnie Oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie, które stwierdzają, że w ostatnich latach leczyliśmy na tym Oddziele przeciętnie około stotrzydzieści przypadków raka szyjki macicy rocznie.

Zapatrywania dotyczące leczenia tego, jednego z najgroźniejszych schorzeń narządów rodnych kobiety, stanowiącego po dziś dzień dla nas nierozwiązaną zagadkę ze względu na swoją przyczynowość, ulegały z biegiem czasu daleko idącym zmianom, tworząc jeden z najrozleglejszych działów nauki o chorobach kobiecych. Już wogóle od zarania nauki lekarskiej widzimy usiłowania w kierunku opanowania i zwalczenia raka szyjki macicy. Lecz myśl ludzka dążyła do tego celu różnemi drogami. Krótkie przedstawienie dróg tej właśnie myśli ludzkiej jest treścią mojego dzisiejszego wykładu.

Cztery czasokresy zaznaczają się w lecznictwie raka szyjki macicy, odcinając się mniej lub więcej ostremi granicami od siebie. Pierwszy z nich, którego początki gubią się w przedhistorycznych czasach medycyny, sięga do chwili wprowadzenia zabiegów chirurgicznych w walce z tem schorzeniem, drugi kończy się z momentem podania doszczętnych zabiegów, który to moment rozpoczyna także okres trzeci, obejmujący lata rozkwitu techniki chirurgiczno-ginekologicznej aż do chwili zastosowania energji promiennej w raku szyjki macicy i wreszcie czwarty, to lata obecne — lata przełomu, względnie walki między lecznictwem chirurgicznem, a lecznictwem energją promienną.

Bardzo długi okres pierwszy cechuje się dorywczem szukaniem dróg leczniczych, mających uzasadnienie w powierzchownem spostrzeganiu klinicznem li tylko samych objawów chorobowych. Lecznictwo raka szyjki macicy w tym okresie podzielić możemy na lecznictwo wewnętrzne, a raczej znachorstwo, polegające na podawaniu różnych środków doustnie i lecznictwo zewnętrzne, polegające z jednej strony na stosowaniu różnych maści, zasypek i przepłukiwań, działających w najlepszym razie odkażająco, — z drugiej strony, na stosowaniu środków, mających na celu zniszczenie nowotworu. Dążono do tego w tym okresie czasu, stosując albo środki żrące, jak azotan srebra, ług, brom i tem podobne; lub środki trawiące, których głównym przedstawicielem był sztuczny sok żołądkowy i wreszcie przyżegając bujanie nowotworowe rozżarzonem żelazem. Postępowanie to nie dawało żadnych wyników i nie będę daleki od prawdy, jeżeli powiem, że leczenie kobiet chorych na raka szyjki macicy w tym okresie czasu należało do najsmutniejszych i najniewdzięczniejszych zadań lekarza chorób kobiecych.

Nie mniej jednak myśl przewodnia zniszczenia rosnącego nowotworu zapoczątkowana w tym okresie z chwilą wprowadzenia środków żrących do leczenia raka szyjki macicy, przetrwała aż do dnia dzisiejszego. W ciągu tych wszystkich lat przewija się ona pod rozmaitemi postaciami i uwidacznia w różnych pomysłach. Myśl ta stanowiła również zaczątek ery chirurgicznego leczenia raka szyjki macicy.

Pierwszym, który wogóle użył noża w lecznictwie raka szyjki był Aleksander Simpson. Radził on by usuwać nożem, lub nożyczkami powierzchowne warstwy nowotworu, a niszczyć głębsze bromem. Prawie równocześnie Schroeder zalecał, po ostrem usunięciu powierzchownych warstw, użycie rozpalonego żelaza do usunięcia resztek nowotworowego bujania. Z czasem zastąpiono nóż i nożyczki ostremi i pełnemi łyżeczkami. Umożliwiło to doszczętniejsze usunięcie rakowato zmienionych tkanek.

W r. 1783 Marschall, a w r. 1801 Osiander pierwsi zastosowali w lecznictwie raka szyjki macicy zabieg chirurgiczny w ścislem tego słowa znaczeniu w postaci nadpochwowego odcięcia szyjki. Podany przez wspomnianych autorów zabieg nie spełnił swojego zadania, gdyż jak to późniejsze badania histologiczne wykazały, spełnić go wogóle nie mógł. Posługiwano się nim jednak w braku innego, notując tu i ówdzie w bardzo wyjątkowych i początkowych wypadkach zupełne wyleczenia. Technika jego ulegała również ciągłym zmianom. Stosowania rozmaitego rodzaju zgniataczy w tym zabiegu (Vernenil, Brams) wkrótce zaniechano, a zaczęto się natomiast posługiwać sposobem podanym przez Schroedera a ulepszonym następowo przez Hegara (lejkowate nadpochwowe odcięcie szyjki). Pomimo to jednak bardzo znikoma ilość raków szyjki macicy nadawała się do leczenia nadpochwowem odcięciem szyjki nawet przy ulepszonej stronie technicznej zabiegu, a nawroty zazwyczaj nie długo na siebie dawały czekać. Okazało się niezbicie, iż błędną była myśl wychodząca z założenia, że usunięcie schorzałej na raka części macicy wystarczy do całkowitego wyleczenia.

Z tych więc przyczyn, mając zresztą przykłady w chirurgji, wpadli niektórzy z klinicystów na myśl, aby raka szyjki macicy leczyć usunięciem całego narządu, sądząc, że w ten sposób uzyska się odsetkowo większy procent wyleczenia i większa liczba przypadków nadawać się będzie do zabiegu. Zaczęto usuwać w raku szyjki macicy całą macicę drogą brzuszną, jak i pochwową. (Sauters 1821). Jednak wskutek nienależycie opracowanej techniki samego zabiegu i wadliwej aseptyki wynikła zastraszająca śmiertelność i spowodowała, że wogóle zabiegu tego początkowo nigdzie systematycznie nie stosowano. Pierwszym dopiero, który technikę wyjęcia macicy należycie wyszkolił i jako zabieg brzuszny w raku szyjki właściwie wprowadził, był Freund w roku 1878. Zabieg wyszkolony przez Freunda był jak na one czasy niezwykłą zdobyczą techniki chirurgicznej, jak nie mniej stanowił olbrzymi krok naprzód w lecznictwie raka. Jednak wyniki jego nie przedstawiały się tak korzystnie, jak to w pierwszej chwili się wydawało. Duży odsetek śmiertelności, mający swoje źródło w trudności zabezpieczenia otrzewnej przed zakażeniem był przyczyną, że nieco później, lecz także w roku 1878, podany przez Czernego rywalizujący zabieg usunięcia macicy drogą pochwową zyskał więcej zwolenników niż zabieg brzuszny podany przez Freunda. Umotywowanie tego stanowiska znajdujemy w pracach ogłaszanych naonczas. Wynika z nich, że śmiertelność po usunięciu macicy w raku szyjki drogą pochwową wahała się od 14% do 32%, drogą brzuszną zaś od 45% do 72%. W wielkiej mierze przyczyny tych niekorzystnych wyników dopatrywać się należy w nienależycie poznanych i opracowanych naonczas prawach bezgnilności. Lecz poza tem kryły się one także w istocie samego schorzenia, gdyż rozpadłe masy nowotworu, będące siedzibą chorobotwórczych zarazków, stanowiły w wielu przypadkach źródło zakażenia. Sprawę tę docenili dopiero późniejsi badacze. Na razie mniemano, że przyczyny tej niezmiernie wielkiej śmiertelności tkwią w technice samego zabiegu i dlatego też niektórzy klinicyści dążyli do wprowadzenia w nim pewnych odmian. Do takich właśnie odmian, nie zmieniających istoty samego zabiegu, zaliczyć należy zabieg podany w roku 1888 przez Zuckerkandla, który radził wyjmować macicę w raku szyjki drogą przyprostnicową. Ten sposób postępowania z wielu względów nie znalazł szerszego zastosowania, a przedewszystkiem dlatego, że jako technicznie trudniejszy, niż wszystkie dotychczas wspomniane, dawał też początkowo i o wiele większą śmiertelność.

Te trzy rodzaje zabiegów pod względem odsetku stałych wyleczeń nie różniły się w zasadzie od siebie. Rzecz na pierwszy rzut oka dziwna, a jednak łatwo wytłumaczalna po głębszem zastanowieniu. Za przyczynę tego uważać należy to, że zasada leczenia w nich była jedna i ta sama, a mianowicie: usunięcie całego narządu, lecz zawsze w jednych i tych samych warunkach, zawsze

---

[1]) Wykład wygłoszony w dniu objęcia katedry położnictwa i chorób kobiecych w Uniw. Jagiell. 4 maja 1931 r.

w jednych i tych samych granicach i warstwach. Jedynie tylko dostęp do usunięcia go był w każdym z nich inny. Cały ten drugi okres leczenia raka cechuje dążność do stworzenia zabiegu chirurgicznego, którymby można usunąć pierwotne ognisko chorobowe wraz z częścią lub całym narządem. Jednak słuszność tych dążeń nie była poparta badaniami teoretycznemi, lecz jedynie klinicznem spostrzeganiem i danemi statystycznemi. Te to biorąc za podstawę w braku danych teoretycznych, spekulatywny umysł ludzki chciał wypracować sposób chirurgicznego leczenia raka szyjki macicy. Wynikło z tego to przekonanie, powszechnie naonczas uważane za słuszne, że leczenie raka szyjki macicy wtedy tylko jest możliwe, o ile naciek nowotworowy ogranicza się tylko do jej ścian i poza granice macicy nie przechodzi, jak również, że w tych razach całkowite usunięcie macicy leczy sprawę. W tem rozumowaniu i w tak pojętej zasadzie leczenia raka szyjki macicy tkwił zasadniczy błąd, powodujący, że stosunkowo nieskończenie mały odsetek liczby raków szyjki macicy nadawał się do zabiegów. Wedle zestawienia Schauty odsetek ten dla zabiegów pochwowych wynosił 14,7% ogólnej liczby chorych na raka szyjki macicy. Z tych zaś, które zabieg przeżyły, zaledwo jedna czwarta pozostawała wolna od nawrotu po upływie 5-ciu lat. Jeszcze gorzej przedstawiała się ta sprawa z zabiegiem brzusznym Freunda, którego początkowa śmiertelność obciążała statystyki w znacznie większym stopniu na niekorzyść.

Ten stan rzeczy zmienił dopiero mój były nauczyciel, profesor Ernest Wertheim, który w roku 1898 podał swój rozszerzony zabieg brzuszny, oparty na głębokich studjach anatomicznych, histologicznych, biologicznych i bakterjologicznych. On też rozpoczął trzeci okres w lecznictwie raka szyjki macicy, który cechuje się tem, że wypracowane w tym czasie metody lecznicze oparte są nietylko na statystycznych i klinicznych danych, lecz i na ścisłych badaniach pracownianych. W tem to równoczesnem współdziałaniu nauk teoretycznych z kliniczną medycyną tkwi zasadnicza różnica pomiędzy myślą przewodnią okresu drugiego, a okresu trzeciego lecznictwa raka szyjki macicy. W tem też tkwi i przyczyna jego postępu tak rzucającego się w oczy w okresie trzecim. Wertheima skłoniły do zajęcia się sprawą leczenia raka szyjki macicy niedomagania dotychczas używanych metod, które powodowały, że: po pierwsze stosunkowo znaczna część operowanych na raka szyjki przy pomocy zwykłego usunięcia macicy drogą pochwową, czy też brzuszną dostawała bardzo szybko nawrotów, po drugie, że bardzo duży odsetek przypadków po obu tych zabiegach umierał z przyczyny zakażenia otrzewnej, po trzecie, że tylko znikomy odsetek raków szyjki macicy nadawał się do leczenia temi zabiegami. Postanowił on nasamprzód zbadać przyczyny tych niedomagań i w tym celu przedsięwziął cały szereg badań pracownianych. Najważniejsze z nich dotyczą dróg jakiemi rozszerza się rak w szyjce macicy, oraz szybkości jego rozrostu. Te to badania histologiczne dowiodły, że zapatrywanie, które dotychczas wszyscy lekarze chorób kobiecych uważali za niewzruszalne i które w rozumowaniach swoich brali za podstawę w opracowaniu metod leczniczych w raku szyjki macicy, iż rak szyjki stosunkowo późno przekracza granice ściany macicy — nie jest słuszne. Na podstawie swoich badań doszedł Wertheim do wniosku, że rak szyjki macicy nie różni się pod względem szybkości swego rozrostu niczem od raków rozwijających się w innych narządach ust oju. Przekracza on bowiem bardzo wcześnie ściany szyjki, wrasta w przymacicze i pochwę i tworzy przerzuty w obwodowych gruczołach chłonnych. Przeciętnie około 70% raków szyjki macicy, nadających się do zabiegu, przechodzi na tkankę łączną przymacicza i to albo drogą przerzutu, albo drogą rozrostu, a w około 30% tworzy przerzuty w gruczołach chłonnych.

Wyniki badań, dotyczące zachowania się obwodowych gruczołów w raku szyjki macicy, mieliśmy i my sposobność potwierdzić na bardzo dużym materjale naszego oddziału. Między innemi zajmowało nas pytanie, jaki odsetek powiększonych gruczołów miednicy w wypadkach raka, nadającego się do zabiegu, zawiera przerzuty rakowe i jak przedstawia się liczbowo ilość tych przypadków w stosunku do wczesnych przypadków raka szyjki. Badania histologiczne, które w tym kierunku przeprowadziłem, wykazały, że w 35% wszystkich przypadków, nadających się do zabiegu, gruczoły chłonne miednicy były rakowato zmienione. Z czego w 20% dotyczyły chorych z niedaleko posuniętym rakiem, a w 80% z daleko posuniętym, mniej lub więcej rozgałęzionym w przymaciczu, lecz jeszcze nadającym się do doszczętnego zabiegu brzusznego.

Badania histologiczne przeprowadzone przez Wertheima stały się podstawą rozwoju wszystkich sposobów leczniczych w raku szyjki macicy, podanych od jego czasu aż po dzień dzisiejszy, nie wyłączając nawet energji promiennej, która na tych właśnie badaniach, między innemi, zbudowała swoje sposoby lecznicze.

Wertheim też pierwszy zwrócił uwagę na to, że źródłem dużej liczby zakażeń otrzewnej są drobnoustroje, wzrastające i rozmnażające się w powierzchownych, rozpadłych warstwach mas nowotworowych.

Uzyskawszy te dane oparł się Wertheim na nich w dalszem swojem rozumowaniu i musiał dojść do wniosku, że, aby otrzymać lepsze wyniki leczenia chirurgicznego w raku szyjki macicy, należy wypracować zabieg, którymby można usunąć pierwotne ognisko chorobowe wraz z największą ilością otaczających go zdrowych tkanek, a przedewszystkiem z częścią pochwy, tkanki łącznej, naczyń chłonnych, odprowadzających chłonkę ze schorzałego narządu i obwodowych gruczołów limfatycznych; oraz że należy zapobiec zakażeniu otrzewnej drobnoustrojami z powierzchownych warstw nowotworu. Jak więc z tego widać, zasadniczym warunkiem pomyślności zabiegu miała być skrajna jego doszczętność i należyte zabezpieczenie otrzewnej. Wertheim zdawał sobie sprawę z tego, że takie skrajnie doszczętne postępowanie, jakiego żądał od swojego zabiegu, mogło być uzyskane tylko na drodze zabiegu brzusznego, gdyż tylko zabieg brzuszny umożliwia wgląd i dostęp do pola operacyjnego, pozwalając równocześnie na dokładne sprawdzenie granic rozrostu nowotworu i przerzutów gruczołowych. Ogranicza on liczbę niecelowych uszkodzeń, zwiększa odsetek przypadków, nadających się do zabiegu, umożliwiając doszczętne usunięcie nacieku nowotworowego nawet wtedy, jeżeli przechodzi on już na ścianę sąsiadujących narządów. Dlatego też Wertheim obrał drogę brzuszną w opracowywaniu techniki swojego rozszerzonego zabiegu brzusznego w raku szyjki macicy. Przed zakażeniem zabezpieczał otrzewnę, niszcząc powierzchowne warstwy bujania nowotworowego i zamykając światło pochwy w odpowiednim momencie zabiegu.

Jak więc z tych kilku pobieżnych uwag widać, zabieg podany przez Wertheima jest zabiegiem opartym na głębokich i gruntownych studjach klinicznych i teoretycznych, a nie stworzony dorywczo i dlatego to przedstawia dorobek w nauce o schorzeniach narządów rodnych kobiety, nie dający się łatwo zastąpić. Wertheim pozostawił nam w spadku po sobie, między innemi, sposób postępowania chirurgicznego, opracowany na podstawie głębokiej znajomości topografji narządów miednicy małej, jakiego drugiego pod względem doskonałości techniki anatomicznej nie mamy dotychczas nietylko w ginekologji, lecz i bezmała w chirurgji.

Za dalekoby nas zaprowadziło omawianie szczegółów techniki rozszerzonego zabiegu brzusznego w raku szyjki macicy i nie leży to zresztą zupełnie w programie mojego wykładu. Zaznaczę tylko, że każdy z jego aktów znajduje swoje uzasadnienie już to w klinicznych, już też w teoretycznych wywodach. Myślą przewodnią całego zabiegu jest, ażeby przez odpreparowanie pęcherza, moczowodów i odbytnicy umożliwić usunięcie wraz z macicą jak największej ilości tkanki łącznej i górnej części pochwy, oraz obwodowych gruczołów chłonnych.

Dzięki tak pomyślanemu zabiegowi udało się Wertheimowi w wysokim stopniu usunąć niedomagania poprzednio stosowanych zabiegów w raku szyjki macicy. Ilość nawrotów po zabiegach zmniejszyła się z 75% na 25%, w przypadkach początkowych nawet na 2% (Weibel), tak samo zmalała i początkowa śmiertelność, licząc przeciętnie z 30% do 16%, a w przypadkach początkowych nawet do 3% (Weibel). Rozszerzył się również krąg przypadków nadających się do zabiegu z 15% do 62%. Doszczętnym zabiegiem brzusznym uzyskano bezwzględne wyleczenie w 20% przypadków, względnie w 42.5%, a u chorych, które zabieg przeżyły, nawet w 48%. Strona techniczna zabiegu umożliwiła poza tem ograniczenie mimowolnych uszkodzeń sąsiadujących narządów prawie do zera.

W trzy lata po podaniu zabiegu Wertheima, a więc w roku 1901, podał Schauta zabieg, zbudowany na zasadach zabiegu Schuchardta, który nazwał rozszerzonym zabiegiem pochwowym w raku szyjki macicy. Do obrania drogi pochwowej skłoniło go to, że dawni klinicyści (Czerny) osiągali w zabiegach pochwowych w raku szyjki macicy mniejszą śmiertelność, niż w zabiegach brzusznych. Strona techniczna tego zabiegu umożliwiała usunięcie całkowite macicy wraz z przydatkami, dużym odcinkiem pochwy i pewną dość znaczną ilością tkanki przymacicznej. Powiodło się także Schaucie zmniejszenie początkowej śmiertelności zabiegu w stosunku do śmiertelności zabiegu brzusznego Wertheima do 10% (zestawienie Schauty), lecz kosztem zaniechania usuwania gruczołów chłonnych, które w zabiegu Schauty usunąć się nie dały, zmniejszenia ilościowego usuniętej tkanki łącznej przymacicza i ograniczenia liczby przypadków nadających się do zabiegu o 16%. Przyczyna zmniejszenia odsetku przypadków nadających się do zabiegu Schauty w stosunku do zabiegu Wertheima leży w tem, że operując drogą brzuszną — wskutek lepszego dostępu i przejrzystości pola operacyjnego —

możemy leczyć doraźnie przypadki daleko posunięte, nawet takie, których naciek przechodzi na narządy sąsiadujące, jak moczowód, pęcherz i prostnica. Droga pochwowa, jako mniej dostępna, nie pozwala na doszczętne chirurgiczne leczenie tak daleko posuniętych raków szyjki. Wszelkie usiłowania rozszerzenia wskazań do zabiegu pochwowego pociągają za sobą zwiększenie odsetku śmiertelności. Dowodzą tego próby Amreicha, który polecał usuwanie gruczołów chłonnych drogą pochwową, podnosząc tem samem odsetek śmiertelności zabiegu pochwowego, przewyższający odsetek śmiertelności dokonanych w tych samych warunkach zabiegów brzusznych.

Na tem kończę omawianie trzeciego okresu lecznictwa raka szyjki macicy, to znaczy okresu bezwzględnego stosowania doszczętnych zabiegów brzusznych i pochwowych. Cechują go: rozwój chirurgji ginekologicznej i wprowadzenie do lecznictwa raka szyjki zabiegów opartych na głębokich studjach teoretycznych i klinicznych. Rozdział ten stanowi chlubę techniki operacyjnej ginekologicznej, która doszedłszy do swojego szczytu, uzyskała dużo, lecz nie wszystko, bo zawsze pozostało jeszcze — ogólnie rzecz biorąc — około 38% przypadków już nie nadających się do operacyjnego leczenia, 16% kobiet, które wskutek zabiegu ginęły i około 25%, u których w pewien czas po zabiegu występował nawrót cierpienia. Dlatego też uzasadnionem było szukanie innych dróg w lecznictwie raka szyjki macicy.

W tym to momencie poczynał sobie wywalczać prawo obywatelstwa w medycynie dział ściśle teoretyczny nauk przyrodniczych, na pierwszy rzut oka nie wiele mający wspólnego z medycyną — energja promienna. Wprowadzenie jej do lecznictwa raka szyjki macicy sięga lat stosunkowo wczesnych, lecz powszechniejsze jej zastosowanie datuje się właściwie od roku 1913. W tym to roku Bumm i Krönig na Zjeździe Ginekologów w Halle ogłosili swoje wyniki w leczeniu raka szyjki macicy, uzyskane energją promienną. Wyniki te spowodowały, że zapatrywania na leczenie raka szyjki, dotychczas w ogólnych zarysach jednolite, różniące się od siebie co najwyżej w doborze sposobu operacyjnego, poczynają od siebie zasadniczo odbiegać. Zaznaczają się zupełnie wyraźnie dwa kierunki: chirurgiczny, posługujący się rozszerzonemi zabiegami i zachowawczy, używający metod leczniczych energji promiennej. Jeden i drugi dąży do uzyskania coraz to lepszych wyników leczniczych, stosując już to ulepszenia w technicznej stronie zabiegów już też coraz to nowsze sposoby i rodzaje stosowania energji promiennej.

Dążenia, mające na celu ulepszenie strony technicznej rozszerzonych zabiegów w raku szyjki macicy, zwrócone były zasadniczo w dwóch kierunkach. Jedne z nich miały za zadanie uprościć sam zabieg i skrócić czas jego trwania, tem samem polepszyć jego wyniki lecznicze, drugie dążyły do rozszerzenia wskazań operacyjnych w raku szyjki. Do pierwszych z nich zaliczyć naprzykład należy podany przez Bumma sposób zaopatrywania rany w miednicy małej i usuwania obwodowych gruczołów chłonnych wraz z pierwotnem ogniskiem chorobowem jak również sposób postępowania, opisany przez Franza w zabiegu brzusznym, a w zabiegu pochwowym odmiany techniczne wprowadzone przez Riech'a i Stoeckel'a. Do drugich zaś zabieg, mający na celu doszczętne usunięcie raka szyjki macicy, którego naciek przeszedł na ścianę odbytnicy. Zabieg ten, będący połączeniem zabiegu Kraske'go, stosowanego w raku odbytnicy i zabiegu Wertheima, wykonujemy od strony kości krzyżowej, usuwając wraz z macica dolny odcinek odbytnicy, otaczającą je tkankę łaczną i odpowiedni odcinek pochwy (Wertheim Krönig). Do drugich również zaliczyć należy zabieg stosowany w wypadkach, w których naciek nowotworowy, przechodząc ze szyjki, zajmuje całą pochwę (Zweifel Wertheim). Polega on na usunięciu całej pochwy drogą pochwową wraz z wyciętą macicą, jako końcowy akt zabiegu brzusznego.

Na szczególniejszą uwagę zasługują także usiłowania Latzki, Pehama i Amreicha stworzenia tak zwanych „zupełnie doszczętnych zabiegów" brzusznych i pochwowych w raku szyjki macicy. Zabiegi te pozwoliły na rozszerzenie wskazań operacyjnych w raku szyjki i umożliwiły więcej doszczętne postępowanie. Do dzisiaj jednak nie jest rozstrzygnięte, czy wprowadzenie ich do lecznictwa raka szyjki przyczyni się do polepszenia wyników leczniczych operacyjnych, czy też nie.

Korzystając z dużego materjału Oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie, staraliśmy się i my zużytkować go w kierunku przeprowadzenia pewnych badań i doświadczeń klinicznych nad lecznictwem raka szyjki macicy. Pozwoliły nam one po pewnym czasie na wprowadzenie istotnych zmian w technice postępowania w daleko posuniętych przypadkach raka szyjki macicy, w których naciek przechodził na pęcherz moczowy lub moczowody. Opracowaliśmy mianowicie w tych przypadkach nowy sposób wszczepienia moczowodów do pęcherza, oraz nowy sposób zeszywania ściany wyciętego pęcherza. Oba te sposoby postępowania, mające na celu uproszczenie zaopatrywania ran zadanych w tych narządach, okazały się w praktyce bardzo dobremi, a wyniki uzyskane zapomocą nich są bezwarunkowo lepsze, niż wyniki uzyskane innemi dotychczas stosowanemi sposobami.

Omawiając dążenia, zmierzające do polepszenia wyników operacyjnych w raku szyjki macicy, muszę nadmienić w paru słowach o usiłowaniach zastosowania energji promiennej w tym kierunku. Stosowano w tym celu naświetlania radem względnie Roentgenem przed lub po zabiegu. W pierwszym wypadku chciano tym sposobem zmniejszyć śmiertelność pooperacyjną względnie zwiększyć liczbę przypadków nadających się do zabiegu; w drugim starano się ograniczyć liczbę nawrotów.

Naświetlania przed zabiegiem stosowali pierwsi Mayer i Bumm radem, a Fürst Roentgenem. Wyniki, uzyskane przez tych badaczy, były zachęcające. Rzekomo naprawdę początkowa śmiertelność po zabiegach, mająca swoje źródło w zakażeniu, o pewien odsetek się zmniejszała. Przypisywano to temu, że wskutek działania energji promiennej powierzchowne warstwy nacieku, rozpadłe i zawierające najwięcej zarazków, ulegały zniszczeniu i oczyszczeniu. Zauważono również, że i nacieki zapalne w tkance łącznej otaczające zazwyczaj utkanie nowotworowe, zmniejszały się, a nawet niejednokrotnie znikały. Temu to przypisać należy, że pewna liczba przypadków nie nadających się pozornie do zabiegu przed naświetlaniem, stawała się dostępna dla leczenia chirurgicznego po naświetlaniu. To ostatnie spostrzeżenie mieliśmy i my sposobność uczynić na materjale Oddziału położniczego Szpitala św. Łazarza, na którym naświetlaliśmy radem cały szereg przypadków raka szyjki macicy. Sprawę tą omawiałem na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w Warszawie, wtedy to także zwracałem uwagę na to, że o ile czas upływający pomiędzy naświetlaniem a wykonaniem zabiegu jest za długi, to tkanka łączna otaczająca narządy rodne ulega znacznemu zbliznowaceniu, co w wysokim stopniu utrudnia i przedłuża zabieg. Nie powinien on zdaniem całego szeregu klinicystów przekraczać sześciu tygodni.

Naświetlania radem, stosowane w jakiś czas po zabiegu (Adler), okazały się w myśl doświadczeń Weibla raczej szkodliwe, niż korzystne a to z powodu tego, że zastosowane w dawce niszczącej utkanie nowotworowe, powodowały często znaczne uszkodzenia tkanek, a w dawce mniejszej działały raczej drażniąco, a nie niszcząco na komórki rakowe. Z tych względów zaniechano obecnie prawie w zupełności tego sposobu naświetlania. Natomiast tem chętniej stosuje się dzisiaj po zabiegach w przeważnej liczbie klinik i oddziałów umiejętne naświetlania promieniami Roentgena, lecz w dawce pełnej, działającej niszcząco na komórki rakowe. Posługiwanie się bowiem dawkami mniejszemi mijało się z celem, powodując szybsze powstawanie nawrotu z ognisk rakowych, pozostałych po zabiegu. Lecz i co do wartości naświetlania pełna dawka rakową zdania są jeszcze podzielone. Jedni bowiem, jak Warnekross, Sippel, Jäckel, Sachert Lundwall notują zmniejszenie się procentu nawrotów po naświetlaniach operowanych przypadków i to w rozmaicie wysokim odsetku (od 5.7% do 36.1%), inni, jak Kermauner, twierdzą, że naświetlania te nie mają żadnego znaczenia trzeci wreszcie jak Schmidt uważają, że działają one szkodliwie, zwiększając liczbę nawrotów (7.3%). Jak więc z powyższego widać, sprawa posługiwania się naświetlaniami energją promienną po doszczętnych zabiegach, w celu polepszenia ich stałych wyników leczniczych, nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygniętą i wymaga dalszych badań.

Z kolei rzeczy przystępuję do omówienia zapatrywań na sposoby leczenia raka szyjki macicy, które wprowadzono do nauki o chorobach kobiecych dopiero w ostatnich dziesiątkach lat: sposoby zachowawcze, oparte na pewnych własnościach biologicznych promieni Roentgena i tak zwanych radjoczynnych ciał jakiemi są rad i mezotor. Nie będę tu wdawał się w omawianie fizykalnych podstaw lecznictwa energją promienną. Wspomnę tylko, że wchodzą tu w grę promienie o pewnej długości fali, wynoszącej dla promieni Roentgena 0.03 $\mu\mu$ a dla tak zwanych promieni γ radu i mezotoru 0.01 $\mu\mu$. Te to rodzaje promieni należą do promieni o bardzo małej długości fali i jako takie są w stanie wnikać stosunkowo głęboko w rozmaite tkanki ustroju. Poza fizykalnemi własnościami posiadają one także i pewne, ze względu na lecznictwo raka, bardzo ciekawe własności biologiczne, które powodują, że komórki między innemi i rakowe, których życie, jak to z badań Virchowa wynika, jest wogóle bardzo krótkie, poddane przez pewien czas ich działaniu, ulegają obumarciu. Jest to wynikiem zniszczenia jądra komórkowego, które jest o wiele czulsze na działanie energji promiennej, niż reszta komórki (Perthes, Herdaig). W leczeniu więc nowotworów złośliwych czy to radem, czy Roentgenem dążyć powinniśmy do zniszczenia wszystkich jąder komórek nowotworu, jako tej części komórki, która dla rozrodu i podziału jej jest nieodzowna. Istotą lecznictwa energją promienną jest właśnie to zadanie zniszczenia jąder komórkowych,

którego rozwiązanie natrafia jeszcze do dzisiaj na znaczne trudności technicznej natury. Staramy się to uzyskać zastosowując odpowiednio wielkie dawki promieni w odpowiednim przeciągu czasu, gdyż nie uwzględnienie tych dwóch czynników może spowodować wprost odwrotny skutek. Energja promienna stanowić może wtedy raczej bodziec, który tak, jak każdy inny rodzaj bodźca może wywołać przyśpieszony i wzmożony podział komórek, a tem samem wzrost tkanki nowotworowej zamiast jej obumarcia. Określenie dawki niszczącej komórki rakowe dla promieni Roentgena w wysokości od 90 do 110% HED (jednostki rumieniowej), a w przybliżeniu 2400 do 3600 miligram-godzin-elementu dla radu, oraz oznaczenie czasu w jakim dawki te powinny być zastosowane, nie usuwa trudności, o których mowa, pomimo to bowiem nigdy z całą pewnością nie wiemy, czy w głębi leżące ognisko rakowe dostało dawkę niszczącą, czy drażniącą. Przyczyny tego dopatrywać się należy — poza osobniczą opornością komórki nowotworowej na działanie energji promiennej, także i w tem, że promienie radu i Roentgena podlegają tym samym ogólnym zasadom o prawie promieniowania, którym podlegają również i wszystkie inne rodzaje promieni. A więc, że siła ich działania, względnie nasilenie maleje w związku z odległością od źródła i zależne jest od natury ciała, które przenikają. Obliczenie zaś dokładne sumy tych czynników jest częstokroć z wielu względów niemożliwe (K r ö n i g, F r i e d r i c h, M a r k o w i t z).

Odnośnie do techniki naświetlań nadmienić należy, że rozwój jej zależnym był zawsze od rozwoju czysto fizykalnej strony rentgeno- i radjologji. W miarę ulepszeń, wprowadzonych z czasem w samej aparaturze, także i technika postępowania w raku szyjki macicy ulegała ciągłym zmianom na korzyść. Dzisiaj wspomnę tylko o tych sposobach leczenia energją promienną, które współzawodnicząc pod względem wyników leczniczych z wynikami postępowania chirurgicznego, mogą wchodzić w rachubę w lecznictwie raka szyjki macicy. Nad innemi, posiadającemi zaledwo historyczne znaczenie, jako już nieistotnemi, nie będę się zastanawiał. Lecz nawet i te sposoby lecznicze energji promiennej, które znaleźć mogą w raku praktyczne zastosowanie, nie są jeszcze dzisiaj należycie wypracowane i, jako pozostające w ścisłym związku z rozwojem fizykalnej strony radjologji, ulegają z dnia na dzień ciągłym zmianom. Istnieje cały szereg sposobów leczenia raka szyjki macicy energją promienną (około dwadzieścia i pięć), będących dzisiaj w użyciu, a różniących się w mniejszym, lub większym stopniu od siebie. Można je jednak w zasadzie podzielić na kilka do siebie zbliżonych typów. Można więc rozróżnić leczenie samemi promieniami Roentgena, samemi promieniami radu, względnie innego podobnego ciała i leczenie skombinowane promieniami z obu tych rodzajów źródeł energji. Najwięcej zwolenników ma dzisiaj sposób postępowania, nazwany sposobem ognia krzyżowego i to tak w radzie i w Roentgenie, jako też i w metodzie skombinowanej. Polega on na tem, że na ognisko chorobowe działamy snopami promieni z kilku wrót i ognisk równocześnie, kierując je tak, aby krzyżowały się w miejscu nacieku nowotworowego (S e i t z, W i n z T e s s a u e r, W a r n e k r o s s, F r i e d r i c h, F o r s s e l l i inni). Również nadmienić należy, że przeważna część klinicystów uważa, iż najlepsze wyniki lecznicze energją promienną w raku szyjki macicy uzyskać się daje, stosując równocześnie i rad i Roentgen w tym samym przypadku. Posługiwanie się równoczesne i radem i Roentgenem powoduje wzmożenie naszego działania leczniczego, co uzyskujemy dzięki temu, że oba te sposoby lecznicze stosowane z różnej odległości uzupełniają się niejako wzajemnie.

W ocenianiu wyników, uzyskanych energją promienną w raku szyjki, opierano się na spostrzeżeniach klinicznych, które stanowiły równocześnie miarę dobroci stosowanych sposobów postępowania, budowanych nietylko na znajomości biologicznych i fizykalnych własności promieni Roentgena i radu, lecz także na spostrzeżeniach anatomicznych i histologicznych, wspomnianych tylokrotnie w związku z omawianiem leczenia chirurgicznego raka szyjki macicy. Na pierwszy plan wysuwają się wyniki uzyskane przez D ö d e r l e i n a, S e i t z a, W i n t z a, R e g a u i F o r s s e l l a, z których wysnuć możemy wniosek, iż w dzisiaj stosowanej technice lecznictwa energją promienną raka szyjki macicy uzyskujemy bezwzględne wyleczenie w około 17% przypadków (V o l t z, H e y m a n n, W i n t z, D ö d e r l e i n, F o r s s e l l), względnie zaś waha się według różnych zestawień od 30—41,8% (V o l t z, H e y m a n n, F o r s s e l l, D ö d e r l e i n). Rzecz jasna, że w przypadkach wczesnych uzyskano większy odsetek względnego wyleczenia — wynika to już z istoty samej rzeczy — naprzykład w przypadkach tak zwanych nadających się do zabiegu, oblicza D ö d e r l e i n odsetek względnego wyleczenia na 43,5%, a w przypadkach pogranicznych na 21,9% i wreszcie w przypadkach tak zwanych nienadających się do zabiegu 6,9%.

Leczenie energją promienną w tej postaci, w jakiej dotychczas się nią posługujemy, jest tak, jak leczenie chirurgiczne li tylko miejscowym sposobem leczenia raka szyjki macicy, którego działanie ogranicza się do obszarów samych nacieków nowotworowych, a co najwyżej gruczołów nowotworowo zmienionych. Nic więc też dziwnego, że nie mogło ono dać lepszych wyników, niż leczenie chirurgiczne a pierwotny zapał, z jakim początkowo odnoszono się do niego, wkrótce przeminął, pozostawiając miejsce krytycznemu i rzeczowemu ocenianiu faktów. Najbardziej znamiennym dowodem tego otrzeźwienia był powrót całego szeregu bezwzględnych zwolenników leczenia raka szyjki energją promienną do leczenia chirurgicznego. Na pierwszem miejscu wymienić należy B u m m a, który wraz z K r ö n i g i e m w roku 1913 na Zjeździe Ginekologów w Halle, stwarzając niejako podstawy naukowe i kliniczne dla rozwoju lecznictwa raka szyjki macicy energją promienną, zaznaczył swoje skrajnie zachowawcze stanowisko zaniechaniem zabiegów chirurgicznych. Niemniej jednak nie można zaprzeczyć temu, że wyniki uzyskane energją promienną stanowią postęp w lecznictwie raka, tak samo nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w przypadkach bezwzględnie nie nadających się do zabiegu z jakichkolwiekbądź przyczyn stosowanie energji promiennej daje przecież pewien odsetek wyleczenia. Co do zasadniczego pytania, czy przypadki nadające się do zabiegu należy operować, czy też leczyć energją promienną, trudno dziś jeszcze dać stanowczą odpowiedź. Sprawa ta wymaga bowiem jeszcze całego szeregu badań. Tak jak dzisiaj rzeczy się przedstawiają, to jednak przeważna część klinicystów przechyla się ku temu, ażeby wszystkie lżejsze przypadki raka szyjki macicy poddawać bezwzględnie doszczętnemu zabiegowi. Co do przypadków dalej posuniętych, to różnica zdań zaznacza się wyraźnie. Większość przechyla się ku leczeniu energją promienną, mniejszość jest za leczeniem chirurgicznem, lecz równocześnie uderzającem jest to, że w ostatnich czasach pojawiły się w piśmiennictwie prace podające niezmiernie ciekawe spostrzeżenia, oparte na bardzo dużych statystycznych danych, których autorowie dochodzą do wniosku, że nawet w przypadkach bardzo daleko posuniętych raków szyjki macicy lepsze odsetkowo wyniki stałego wyleczenia uzyskać można przy pomocy doszczętnych zabiegów chirurgicznych. Mam tu na myśli przedewszystkiem prace K e r m a u n e r a.

Badania te, o których mówię, wymagają potwierdzenia jeszcze i z innej strony. Badania te jednak przeprowadzone być muszą w zakładzie, któryby równocześnie mógł leczyć raka szyjki macicy tak sposobem chirurgicznym, doszczętnym, jak i sposobem zachowawczym przy pomocy energji promiennej, gdyż tylko krytyczne i bezstronne rozpatrzenie wyników leczniczych obu tych kierunków leczenia, pozostających jednak pod kierownictwem jednego i tego samego człowieka, i to lekarza chorób kobiecych z odpowiedniem przygotowaniem chirurgicznem i rentgenologicznem, umożliwia ocenienie jakości przypadku i wyników leczniczych jednym i tym samym rodzajem miary, dając równocześnie pewność gwarancji jednowartościowego traktowania przypadku. Wogóle lecznictwo raka szyjki macicy, czy to chirurgiczne, czy to energją promienną należy do zadań bardzo trudnych i powinno być — na co się wszyscy lekarze chorób kobiecych godzą — przeprowadzane nie doryweczo, lecz systematycznie i to tylko w zakładach tak pod względem techniki chirurgicznej, jak i pod względem urządzeń energji promiennej wyposażonych w jak najlepsze siły i warunki techniczne. To bowiem w wysokim stopniu zapewnia, poza innemi, korzystny wynik leczenia. Zakład, niewyposażony należycie jednocześnie w tych dwóch kierunkach, wypacza z czasem krytyczny pogląd na sprawę leczenia raka szyjki macicy i przechyla się ku jednostronnemu jej traktowaniu, co tak dla istoty samego leczenia, jak i zagadnień naukowych jest wysoce niekorzystne.

Tak pokrótce przedstawiałby się rozwój zapatrywań i stan obecny leczenia raka szyjki macicy. Dla całokształtu obrazu wspomnieć jeszcze muszę o innych usiłowaniach, związanych z lecznictwem raka wogóle, a tem samem i z lecznictwem raka szyjki, których wyniki jednak są dotychczas znikome. Mam tu na myśli nie miejscowe, chirurgiczne, lub też energją promienną uskuteczniane leczenie lecz leczenie ogólne rozmaitemi przetworami, surowicami i środkami chemicznemi. Wyniki tych badań nie wytrzymują dzisiaj nawet w przybliżeniu porównania z wynikami ostatnio wspomnianych dwóch metod miejscowych. Dlatego też i szerzej ich nie omawiam. Nie jest jednak wykluczonem zwłaszcza wobec umożliwienia ostatnio przeprowadzania doświadczeń w tym kierunku w szerokim zakresie także i na zwierzętach, że badania te w związku z rozwojem nauki o nowotworach złośliwych mogą w przyszłości doprowadzić do wyników, które zmuszą nas do zaniechania stosowania sposobów leczniczych miejscowych w raku szyjki macicy tak chirurgicznych, jak i opartych na własnościach energji promiennej.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. W. GRABOWSKI. Lwów.

Rentgenoterapia zaburzeń okresu przekwitania.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. R. Rencki.

Wygasanie owulacji zaznacza się szeregiem zaburzeń, określanych nazwą zaburzeń klimakterycznych. W sposób schematyczny dolegliwości te podzielić można na dwie zasadnicze grupy. Pierwsza grupa obejmuje dolegliwości fizjologiczne, występujące stale w okresie przekwitania z mniejszem lub większem nasileniem. Tu należą uderzenia krwi do głowy, poty, zaburzenia w narządzie krążenia, nadciśnienie oraz lekkiego stopnia objawy nerwowe. Druga grupa obejmuje stany patologiczne, dość często towarzyszące zaburzeniom wieku przekwitania, lecz nie są one ściśle z nim związane. Tu należą przedewszystkiem stany patologiczne, które istniały już przedtem, lecz w okresie menopauzy uległy zaostrzeniu.

Dolegliwości fizjologiczne, czyli fizjologiczny zespół chorobowy — jak go nazywa Jaschke, — jakim jest klimakterjum, spotykamy zarówno u osobników, u których wystąpiły one na drodze naturalnego wygasania czynności jajników, jako też po operacyjnem wytrzebieniu lub kastracji promieniami Roentgena. Na-ogół jednak, po sztucznem nagłem ustaniu funkcji jajników, objawy klimakteryczne są znacznie silniejsze. Zachwianie równowagi przy sztucznem wytrzebieniu jest zbyt gwałtowne i nie pozwala na tak powolne dostosowanie się ustroju do nowych warunków, jak w menopauzie naturalnej.

Wypadnięcie czynności jajnika odbija się przedewszystkiem na całym łańcuchu narządów o wewnętrznem wydzielaniu, dalej na systemie wegetatywnym, a pośrednio powoduje ono przesunięcia w humoralnym składzie soków ustroju.

Wiemy, w jak ścisłym stosunku pozostają gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, jedne wywierają wpływ na drugie, czy to przez wydzielane hormony, czy drogą układu wegetatywnego, czy wreszcie drogą zmiany składu krwi. Powstrzymanie w czynności jednego z tych narządów musi się odbić na innych gruczołach, musi wywrzeć swój wpływ na regulację i koordynację wzajemną. Gruczoł, dla którego inny gruczoł, będący w nieczynności, był antagonistą i hamował jego działanie, będzie w stanie wzmożonej czynności i odwrotnie gruczoł, dla którego był synergicznym lub podniecał jego czynność, okaże zmniejszoną aktywność. Schematyczne to przedstawienie wzajemnego stosunku gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu komplikuje to, że każdy prawie gruczoł posiada często różne funkcje, z których jedne działają synergicznie, inne antagonistycznie lub obojętnie.

Wypadnięcie czynności jajnika odbija się przedewszystkiem na nadnerczu i tarczycy, a także przysadce mózgowej. Wygaśnięcie czynności jajnika powoduje równocześnie wzmożoną czynność istoty korowej i rdzennej nadnercza. W związku z tem pozostaje prawdopodobnie hipercholesterynemja, modyfikacje uwłosienia (wirylizm) i nadciśnienie oraz podniecenie układu nerwowego. Tarczyca w okresie przekwitania wykazuje również wzmożoną czynność, a to skutkiem wypadnięcia funkcji hamującej jajnika oraz podniecający wpływ układu współczulnego oraz nadnercza. Nierzadko obserwuje się w okresie przekwitania stany nadczynności tarczycy, niekiedy wyraźny syndrom choroby Basedowa [1]). Przysadka mózgowa mniej więcej jest gruczołem synergicznym, stąd nagle osłabia swą czynność. O stosunku przysadki do gruczołów płciowych będziemy mówić niżej.

Wszystkie gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu wykazują — jak wyżej wspomnieliśmy — z nastaniem klimakterjum zaburzoną równowagę. Organizm dąży do wyrównania przez zwiększenie aktywności gruczołów synergicznych, a uspokojenie czynności gruczołów nadmiernie pobudzonych przez wypadnięcie hamującej funkcji jajnika.

W ścisłej łączności z zaburzeniem równowagi gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu pozostają zaburzenia w układzie nerwu błędnego i współczulnego. Czynność jajnika wywiera bowiem złożony wpływ na napięcie układu wegetatywnego. Jest to działanie podniecające układ parasympatyczny. Wypadnięcie funkcji jajnika powoduje zwiększenie napięcia nerwu współczulnego, co tłumaczy szereg objawów jak tachykardja, pobudliwość układu naczyniowego i t. d. Objawy te nie sa stałe, tak jak niestałem jest wzmożenie napięcia układu współczulnego, gdyż z jednej strony gruczoły podtrzymujące to napięcie są równocześnie podniecającemi dla układu nerwu błędnego, z drugiej strony synergiczne względem jajnika gruczoły starają się wyrównać brak hormonu jajnikowego. Ostatecznie po pewnym czasie następuje całkowite wyrównanie, znikają objawy okresu przekwitania. Długość trwania okresu przejściowego podlega dużym indywidualnym wahaniom, podobnie i nasilenie tych objawów stanowi indywidualny odczyn na zaburzenie wewnętrznej gospodarki gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Słusznie też pisze Wiesel „każda kobieta przeżywa tę formę klimakterjum, która odpowiada jej konstytucji".

Leczenie dolegliwości klimakterycznych ogranicza się jedynie do tych przypadków, w których objawy są tak silne i dokuczliwe, że wpływają w znacznym stopniu na stan ogólny chorego. Najbardziej rozpowszechnionem jest obecnie leczenie preparatami, zastępującemi hormon jajnikowy. Wartość przeważnej części tych preparatów jest bardzo problematyczna, a szereg preparatów, będących w handlu i silnie reklamowanych, okazuje się całkowicie bezużytecznym. Leczenie organopreparatami jest poza tem bardzo kosztowne, gdyż długość trwania leczenia wymaga bardzo znacznych ilości tych środków. Nic więc dziwnego, że z chwilą zapoczątkowania leczenia objawów klimakterycznych promieniami Roentgena, szereg klinik wypróbował jego wartość leczniczą. Mimo dobrych wyników, które opublikowano w piśmiennictwie, sposób ten nie zyskał rozpowszechnienia, a lekarz-praktyk posługuje się dalej organopreparatami, żywiąc przesadnie błędną obawę przed zabiegami rentgenoterapeutycznemi.

Idea naświetlania przysadki mózgowej wychodzi z doświadczeń Biedla i Aschnera, którzy zauważyli, że po wyłuszczeniu przedniej części przysadki u młodych zwierząt następuje zanik jajników i macicy. W roku 1921 Geller wywoływał te same zmiany przez naświetlanie przysadki promieniami Roentgena. Opierając się na tych eksperymentach Hirsch i Hofbauer wprowadzają w roku 1922 pojęcie kastracji hipofizarnej, rozumiejąc przez nią możliwość sprowadzenia ustania funkcji czynnościowej jajników na skutek intenzywnego naświetlania przysadki u kobiet w wieku przejściowym. Sahler wnioskował, że, jeśli naświetlania nie działają na ustanie krwawień, to jednak powinny działać tak, jak preparaty jajnikowe, a mianowicie powinny zmniejszać objawy wazomotoryczne. Za radą Sahlera zastosował Werner w praktyce słabe naświetlania przysadki, otrzymując bardzo dobre wyniki.

Właściwa jednak zasługa w opracowaniu i rozpowszechnieniu rentgenoterapeutycznej metody leczenia zaburzeń klimakterycznych przypada w udziale J. Borakowi z Wiednia. Badania jego przeprowadzone w instytucie prof. Holzknechta na bardzo dużym materjale wykazały, że tylko naświetlanie przysadki daje wynik leczniczy, a jedynie w przypadkach, w których ono zawodzi, naświetlenie tarczycy może dać jeszcze poprawę. Holzknecht rozważając teoretycznie znaczenie przysadki i mechanizm działania promieni Roentgena dochodzi do wniosku, „że, jeśli wypada jajnik, występuje w jednym z rodzajów komórek przysadki, czasem także i tarczycy, jakieś „plus", powodujące zaburzenie, które może być usunięte przez powstrzymujące działanie promieni".

Materjał Boraka obejmował 274 przypadki, z których 246 było kontrolowanych i częściowo przez lata obserwowanych. Jako przeciętną ilość wyników dodatnich po naświetlaniu przysadki podaje Borak 80%, z czego w 15% naświetlaniem tarczycy dało się uzyskać jeszcze lepsze wyniki. W 10% zaś mógł uzyskać efekt leczniczy dopiero po naświetleniu tarczycy.

Za Borakiem szereg autorów (Szenes i Palugay, Heiman, Seitz, Solomon i Gibert, Porchownik, Kaplan i inni) przeprowadzili naświetlania przysadki, ewentualnie tarczycy i ogłosili korzystne wyniki działania tej metody. Wyniki ich wykazują przeciętnie poprawę w 75% po naświetlaniu przysadki, w 85% przy kombinowanem naświetlaniu przysadki i tarczycy.

Od roku 1928 rozpocząłem naświetlania wedle metody, podanej przez Boraka. Mimo przeszło 3 lat materjał którym dysponuję, obejmuje tylko 32 przypadki, jakkolwiek wykonano naświetlania u 48 kobiet. Ponieważ jednak 12 kobiet po serji naświetlań nie zgłosiło się do kontroli, nie mogę brać ich pod uwagę, chociaż należy przypuszczać u nich poprawę. Dwa inne przypadki nie zgłosiły się do 3-ego naświetlenia w I-ej serji, prawdopodobnie wskutek „szumu w głowie", na który skarżyły się już po pierwszem naświetleniu. Dwa wreszcie przypadki, naświetlane w ostatnich miesiącach, są zbyt jeszcze krótko w obserwacji.

Technika naświetlania: naświetlano przysadkę z trzech pól wielkości 4×4 cm, a to dwa pola skroniowe (nieowłosiona część) oraz pole czołowe (*glabella*). Aparat Neo-Symmetrie — KV 180, 3 mA filtr 0.5 Zn + 2 Al. Odległość od ogniska 30 cm. Przerwa między naświetlaniem poszczególnych pól wynosiła 3 dni, a dawka skórna na każde pole równała się 200 r (4 H). Przypadki, w któ-

---

[1]) Sprawę stosunku tarczycy do gruczołów płciowych wyczerpująco omówił Sochański (Arch. med. wewn. T. IX.).

rych pierwsza serja naświetlań nie dała pożądanego efektu, względnie wynik nie był dostatecznym, naświetlano powtórnie po upływie 3 tygodni z tych samych pól i w tych samych warunkach. Tam jednak, jak w naszych 4 przypadkach, gdzie nie uzyskano po powtórnem naświetleniu poprawy, wykonywano następowo naświetlanie tarczycy po upływie dni 10-u z dwóch pól po r 200. W razie niezupełnego efektu powtarzano po upływie 3 tygodni naświetlenie tarczycy.

Poprawa dotyczyła w pierwszej linji objawów wazomotorycznych. Uderzenia do głowy stawały się mniej dokuczliwe, a częstość ich zmniejszała się. Poty nagle występujące w czasie dnia i nocy znikały lub stawały się mniej dokuczliwemi. Zawroty głowy, bóle głowy, dolegliwości ze strony serca również ustępowały, a stan psychiczny powracał znowu do normy. Na ogół objawy te ustępowały równoczasowo, chociaż w pojedynczych przypadkach objawy niektóre, zwłaszcza ze strony serca, utrzymywały się nadal. Z 32 przypadków leczonych w klinice uzyskano całkowite ustąpienie objawów wazomotorycznych w 12 przypadkach, w 9 zaś bardzo znaczne ich zmniejszenie (zmniejszenie ilości uderzeń do głowy poniżej 1/4) czyli, że w 21 przypadkach efekt leczniczy był zupełnie zadawalający (65%). Z tych 21 przypadków wykonano u 10 chorych dwie serje naświetlań, u reszty t. j. w 11 przypadkach dopiero po trzech serjach naświetlań uzyskano wspomniany wynik. U 2 chorych znaczne wzmocnienie i utrwalenie wyniku leczniczego uzyskano po naświetleniu tarczycy. W 2 przypadkach bezpośrednio po naświetlaniu nastąpiło przejściowe zaostrzenie objawów klimakterycznych, ustąpiły one jednak po dalszem naświetlaniu. W 8 przypadkch nie uzyskano wyraźniejszej poprawy, t. j. zmniejszenia uderzeń do głowy poniżej 50%, mimo dwóch seryj naświetlań przysadki. W 3 ciężkich przypadkach mimo naświetlania przysadki i tarczycy nie uzyskano żadnego wyniku.

W większości przypadków wystarczało do uzyskania trwałego wyniku dwukrotne naświetlenie w odstępach trzytygodniowych (2 serje). Obserwacja dalsza przypadków, w których efekt leczniczy był wyraźny dała nam możność zorjentowania się w trwałości wyniku. Chore obserwowano więcej niż 1/2 roku, niektóre ponad 2 lata. W 13 przypadkach objawy nie ponowiły się. W 6 przypadkach, po upływie 2—4 miesięcy od 3-ej serji naświetlań, okazało się koniecznem naświetlenie, po którem nie nastąpiło ponowne zaostrzenie. W 2 przypadkach jednak musiano naświetlać chore 6-krotnie w ciągu roku, zawsze z przemijającym, lecz wyraźnym efektem.

Większość kobiet naświetlanych przez nas, cierpiała na silne dolegliwości klimakteryczne w związku z klimakterjum naturalnem (wiek 40—49 lat). Dwa przypadki ciężkich dolegliwości, w których nie uzyskano poprawy po naświetlaniu należały do grupy wytrzebień pooperacyjnych, dwa inne, korzystnie oddziaływujące po wytrzebieniu promieniami Roentgena. Jeden przypadek tyczył osoby 28-letniej, skierowanej z rozpoznaniem *climacterium praecox*.

Obserwacja wyników leczniczych i ocena ich skuteczności winna być bardzo ostrożna. Objawy klimakteryczne po naświetlaniu znikają, względnie zmniejszają się, zbyt szybko, aby można stawiać zarzut, iż tego rodzaju znikanie odbywa się samoistnie. Naświetlanie promieniami Roentgena bezwarunkowo znacznie przyspiesza cofanie się objawów klimakterycznych. Przypadki, przez nas naświetlane, co szczególnie podkreślam, należały do przypadków z cięższemi objawami klimakterycznemi i w większości były poprzednio leczone organopreparatami bez większego efektu.

Obawa przed ewentualnem szkodliwem działaniem promieni Roentgena jest tu nieistotna. Dawki bowiem stosowane nie mogą powodować uszkodzenia skóry ani głębiej leżących tkanek. W żadnym zaś razie nie należy się obawiać szkodliwego wpływu na tkankę mózgową, której niewrażliwość na promieniowania została udowodniona w eksperymencie.

Rentgenoterapja zaburzeń klimakterycznych ma tę zaletę przed innemi sposobami leczenia, że wykazuje działanie w dużym odsetku przypadków opornych na leczenie innemi sposobami. Poza tem nie wymaga ona tak wielkich kosztów, jak długotrwałe leczenie organopreparatami. Doświadczenie, zdobyte na dużym materjale, zwłaszcza wyniki B o r a k a, powinny zachęcić lekarza-praktyka do posługiwania się tą metodą, która w rękach wyszkolonego radjologa przyniesie duże korzyści cierpiącym bez obawy jakiegokolwiek szkodliwego działania. Niższy stosunkowo odsetek wyników dodatnich w naszym materjale w porównaniu z innymi autorami należy tłumaczyć jedynie doborem cięższych przypadków objawów klimakterycznych.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Paweł OSTERN, asystent Instytutu. Lwów.

Budowa czerwonego barwika krwi.

Z Instytutu Chemji Lekarskiej U. J. K.

Dokończenie.

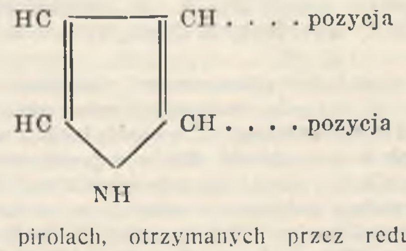
Porfiryny sztuczne i naturalne.

Przez oddzielenie grupy FeCl, bez naruszenia reszty cząsteczki heminy, np. przez działanie mrówczanu żelazowego, można otrzymać ciało nazwane przez F i s c h e r a protoporfiryną, z którego naodwrót przez wprowadzenie grupy żelazowej z powrotem powstaje hemina. Protoporfiryna jest przedstawicielem wielkiej grupy porfiryn sztucznych, które zależnie od stosowanych czynników chemicznych można z heminy względnie hemu uzyskać. Wspólną cechą charakterystyczną tych ciał jest brak żelaza przy utrzymanej zasadniczej strukturze cząsteczki hemu. Protoporfiryna podobnie jak hemina posiada dwie grupy kwaśne (karboksylowe COOH) i dwie grupy nienasycone. Przez dołączenie do tych 2 nienasyconych grup 2 cząsteczek wody powstaje hematoporfiryna. Z tej przez redukcję (odszczepienie 2 atomów tlenu) powstaje mezoporfiryna z której przez odszczepienie obu grup karboksylowych otrzymuje się porfirynę, pozbawioną zupełnie grup tlenowych, nazwaną etjoporfiryną dlatego, że stanowi ona jak gdyby punkt wyjściowy dla wszystkich innych porfiryn.

Te sztuczne drogą chemiczną z heminy lub krwi otrzymane porfiryny posiadają szereg odpowiedników, występujących w stanie rodzimym w świecie zwierzęcym. I tak ooporfiryna, znany barwik jaj rozmaitych gatunków ptaków, posiadający prawdopodobnie znaczenie ochronne, jest barwikiem porfirynowym, i, jak badanie Fischera wykazały, jest identyczny z protoporfiryną otrzymaną z krwi. Inne znowu porfiryny występują jako barwiki muszel (konchoporfiryna) i w pasie grzbietowym glist pasorzytniczych. Turacyna, bardzo ciekawy barwik występujący w skrzydłach ptaka *Turacus*, (podobnego do naszych kukułek), żyjącego w krajach podzwrotnikowych, jest solą miedziową uroporfiryny. Barwik ten okazuje bardzo ciekawe właściwości, spłukuje się bowiem przy przemoczeniu skrzydeł. W drożdżach, żywionych na pożywkach sztucznych, powstają olbrzymie ilości koproporfiryny, którą poza tem w małych ilościach można prawie zawsze znaleźć w kale zwierzęcym. W moczu zwierząt prawie zawsze znajdują się drobne ilości uroporfiryny, a czasem także koproporfiryny. Ilość tych porfiryn w warunkach chorobowych przy t. zw. porfirynurji może niepomiernie wzrastać, zjawiają się wówczas zwykle i inne porfiryny jak n. p. hematoporfiryna. Rzadka ta jednostka chorobowa polega na właściwości większości porfiryn uczulania tkanek zwłaszcza zaś skóry na światło. Zwyczajne działanie światła słonecznego prowadzi do pojawiania się ciężkich owrzodzeń na skórze bardzo trudno się gojących. Identyczne zupełnie zmiany wywołać można u zwierząt doświadczalnych przez wstrzykiwanie porfiryn. Tak długo, jak się je trzyma w ciemności, nie występują żadne objawy chorobowe, pojawiają się jednak bardzo szybko, jeżeli się takie zwierzęta wystawi na działanie światła.

Struktura heminy.

Jak wyżej wspomniano, można przez działanie łagodnych czynników redukujących odszczepić żelazo, nie naruszając istotnej struktury cząsteczki heminy; jeżeli się jednak zastosuje silne czynniki redukujące, hemina rozpada się na mieszaninę pirolów, przyczem na jedną cząsteczkę heminy powstają zawsze 4 cząsteczki pirolów. Pirol jest ciałem heterocyklicznem, którego budowę wyraża wzór następujący:

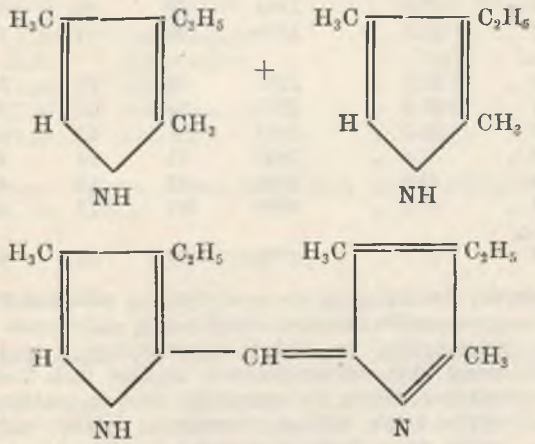


Otóż w pirolach, otrzymanych przez redukcję z heminy, w pozycji beta wodory są zawsze zastąpione przez rodnik metylowy i etylowy, natomiast w pozycji alfa pozostają one bądź niezmienione, bądź też jeden lub obydwa są podstawione przez rodnik metylowy. Możliwe są cztery kombinacje i tyleż też odmian pirolów otrzymano z heminy.

Przez działanie silnych czynników utleniających, można również cząsteczkę heminy rozbić; otrzymuje się wówczas jednak

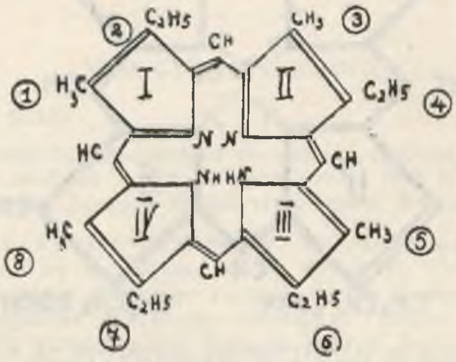
tylko dwa pirole, dwa w procesie utleniania zostają zniszczone. Tłumaczy się to tem, że w 2 rdzeniach pirolowych znajdują się wiązania nienasycone, o które zaczepia proces utleniania i je zupełnie rozkłada.

W jaki sposób są te cztery cząsteczki pirolowe związane w rdzeń porfirynowy? Wszelkie spory, jakie się na ten temat toczyły, zostały przez piękne prace syntetyczne H. Fischera usunięte. Wypracował on najpierw szereg metod dla syntetycznego otrzymywania pirolów. Mając produkt wyjściowy w dowolnej ilości, przystąpił na wielką skalę do prób syntetycznych. Otrzymał najpierw przez działanie bromu na kryptopirol (jeden z pirolów powstających przy redukcji heminy) związek



zbudowany z 2 rdzeni pirolowych t. zw. dipirylometen przez gotowanie tego dipirylometenu z kwasem mrówkowym otrzymał etjoporfirynę, substancję wyjściową dla syntezy wszystkich innych porfiryn. W reakcji tej 2 dwupirylometeny łączą się ze sobą tak samo, jak poprzednio 2 pirole z dwupirylometen. Poniżej podany jest wzór etjoporfiryny, który na pierwszy rzut oka wygląda jak zagadka krzyżykowa, a w którym jednak przy dokładniejszem wejrzeniu odróżnia się z łatwością jego składowe.

Rdzenie pirolowe są znaczone liczbami rzymskiemi, I i II stanowią jeden, III i IV drugi dipirylometen, które połączyły się ze sobą w rdzeń porfinowy. Rdzeń porfinowy jest zatem związkiem 4 rdzeni pirolowych, powiązanych ze sobą w pozycji alfa zapomocą wiązań metynowych (= CH —). Jasne jest teraz, skąd biorą się owe cztery różne pirole, które można otrzymać przez rozkład heminy. W pozycji beta są metyle i etyle niezmienione, pozycja alfa zależy od tego, czy przy rozerwaniu cząsteczki porfirynowej grupa metynowa została przy rdzeniu pirolowym, czy też została od niego oderwana. Liczby arabskie od 1—8 oznaczają grupy, które mogą ulec przestawieniu lub też wymianie na inne. Przestawiając je, otrzymuje się rozmaite izometry (ciała o tym samym wzorze empirycznym, a odmiennem ugrupowaniu) etjoporfiryny. Liczbą możliwych kombinacyj jest cztery. Wszystkie te etjoporfiryny otrzymał Fischer. Przez zamianę grupy 6 i 7 na grupę kwasu propionowego — CH_2CH_2COOH otrzymał mezoporfirynę. Liczba możliwych odmian wynosi już 15! Jeżeli uwzględnimy, że każda z nich mogła stanowić wyjście dla syntezy heminy



i że na każdej z nich trzeba było przeprowadzać żmudne doświadczenia, to zrozumiemy ogrom pracy, jakiej dokonał Fischer ze swoimi współpracownikami. Z deuteroporfiryny, wywodzącej się od tej odmiany etjoporfiryny, której wzór podano, otrzymał hematoporfirynę, a z tej przez odszczepienie dwu cząsteczek wody protoporfirynę. Wprowadzenie do niej żelaza nie przedstawiało już żadnych trudności. Otrzymana w ten sposób hemina, której wzór jest poniżej podany, okazała się pod każdym względem identyczna z heminą, otrzymaną metodą Teichmanna z hemoglobiny.

Podobnie też wszystkie inne porfiryny, otrzymane z heminy, wywodzą się od tej samej etjoporfiryny. To samo dotyczy także „naturalnej hematoporfiryny", jaką znalazł Hymans van den Bergh w moczu pewnego chorego na porfirynurję. Uro- i koproporfiryna rodzima wywodzą się od innej odmiany etjoporfiryny. Ich macierzysta etjoporfiryna posiada grupy metylowe w pozycji 1, 3, 5, 7, a etylowe w pozycji 2, 4, 6, 8. Różnica wobec tamtej etjoporfiryny polega na przestawieniu metylu i etylu w pozycji 7 i 8. Fakt ten nasuwa przypuszczenie, że porfirynurja jest poniekąd atawizmem; ustrój wkracza bowiem na taką drogę syntez, którą już właściwie w rozwoju filogenetycznym opuścił. Przez nawrót zarzuconej oddawna metody syntetycznej wytwarza na wielką skalę obce już i szkodliwe dla organizmu porfiryny i zużywa w ten sposób materjał

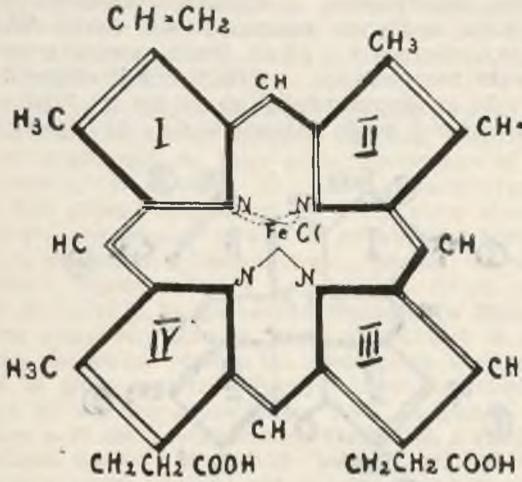
I. Porfiryny sztuczne (pochodne barwika krwi).

Pozycja w rdzeniu porfinowym	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Etjoporfiryna . . .	CH_3	C_2H_5	CH_3	C_2H_5	CH_3	C_2H_5	C_2H_5	CH_3
2. Mezoporfiryna . .	„	„	„	„	„	CH_2CH_2COOH	CH_2CH_2COOH	„
3. Deuteroporfiryna	„	H	„	H	„	„	„	„
4. Hematoporfiryna .	„	$CHOH\ CH_3$	„	$CHOH\ CH_3$	„	„	„	„
5. Protoporfiryna . .	„	$CH{=}CH_2$	„	$CH{=}CH_2$	„	„	„	„

II. Porfiryny naturalne.

Pozycja w rdzeniu porfinowym	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Uroporfiryna . . .	CH_3	COOH CH_2-CH COOH	CH_3	COOH CH_2-CH COOH	CH_3	COOH CH_2-CH COOH	CH_3	COOH CH_2-CH COOH
2. Koproporfiryna . .	„	CH_2CH_2COOH	„	CH_2CH_2COOH	„	CH_2CH_2COOH	„	CH_2CH_2COOH
3. „Hematoporfiryna" Hymansa van den Bergha	„	„	„	„	„	„	CH_2CH_2COOH	CH_3
4. Konchoporfiryna .	„	$CH\ COOH$ CH_2COOH	„	„	„	„	CH_3	CH_2CH_2COOH

potrzebny do syntezy właściwych sobie porfiryn, koniecznych do odtwarzania zużywającej się ciągle hemoglobiny. Tem może tłumaczy się także ciężka niedokrwistość występująca w przebiegu porfirynurji.



W podanej na str. 911. tablicy zestawione są wzory najważniejszych porfiryn sztucznych i naturalnych.

Piśmiennictwo.

J. Barcroft: Die Atmungsfunktion des Blutes. (Verl. J. Springer, Berlin 1929). — H. Fischer: Ueber Blut-, Blatt- und Gallenfarbstoffe (Oppenheimers Handbuch der Biochemie, Erg. Band. 1930). — Anson i Mirski: Hemoglobin, the heme pigments and cellular respiration. Physiol. Reviews, T. 10, 506, 1930.

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Dr. A. LIDZKI. Wilno.

Odżywianie dzieci w Letnich Kolonjach Wypoczynkowych. (L. K. W.).

Pożywienie dzieci w L. K. W. powinno odpowiadać następującym warunkom:

1) Zawierać odpowiednią ilość kaloryj.

2) Zawierać optymalne ilości białka, tłuszczu, węglowodanów, soli mineralnych i witamin.

3) Być smaczne, urozmaicone, łatwo przyswajalne.

Zawartość kaloryjną pokarmów obliczamy drogą pomnożenia wchodzących w ich skład substancyj odżywczych przez współczynniki cieplne, według których 1 g białka daje 4,1 kalorji, 1 g tłuszczu — 9,3 kal., 1 g węglowodanu — 4,1 kal. Otrzymujemy w ten sposób ilość kaloryj, zawartych w pokarmach surowych, czyli ilość kaloryj — *brutto (Rohkalorien)*. Surowe produkty często zawierają szereg odpadków, jak kości, ścięgna, łupka kartofilana. Oprócz tego pewne składniki pokarmowe nie zostają przez organizm wyzyskane, nie mogą więc być brane w rachubę jako budulec, bądź jako źródło energji. Po odjęciu odpadków oraz nieprzyswojonych przez organizm części pokarmowych, uzyskujemy ilość kaloryj — *netto (Reinkalorien)*. Różnica między obliczonemi kalorjami *brutto i netto* jest nieznaczną w pokarmach pochodzenia zwierzęcego, następnie w cukrze, w delikatnej mące pszennej, tłuszczu roślinnym; bardzo znaczną natomiast w pokarmach, zawierających dużo błonnika, jak np. w chlebie z grubej mąki, jarzynach, owocach. (Nadmieniamy przytem, iż pewna ilość błonnika wpływa b. dodatnio na trawienie, pobudzając ruch robaczkowy jelit).

Ilość kaloryj — *netto* stosownie do wieku podajemy w tablicy 1. W tejże tablicy podajemy niezbędne normy białka, tłuszczu i węglowodanów.

W stosunku do białka należy podkreślić, iż poza ilością, dominującą rolę odgrywa jeszcze jakość białka. Białka różnią się pomiędzy sobą pod względem zawartości aminokwasów, które muszą być doprowadzone do ustroju, jako chemiczna całość. Poszczególne białka wzajemnie uzupełniają się. Białko jest raczej pojęciem zbiorowem, a dla organizmu nie jest obojętnem, czy białko pokarmowe pochodzi z mleka, czy z fasoli. Białka pełnowartościowe, posiadające wysoką wartość biologiczną, t. j. zdolność przeistaczania się w białko ustroju, muszą stanowić conajmniej 1/3 część białka pokarmowego.

Pochodzenie tłuszczów również ma wielkie znaczenie, tłuszcze bowiem pełnowartościowe, t. j. takie, które zawierają, oprócz trójglicerydów, lipoidy oraz witaminę A np. masło krowie, tłuszcz, żółtka (jaja) powinne być wysunięte na plan pierwszy.

Białka, tłuszcze i węglowodany mogą, w razie konieczności, wzajemnie zastępować się, lecz tylko w zakresie 25% (prawo izodynamji), przyczem 1 g białka odpowiada 1 g węglowodanów lub 0,44 g tłuszczu.

Tabl. Nr. 1.

Dobowe normy odżywiania dziecka w L. K. W.

Wiek	Waga	Kalor. *netto*	Białk. przysw.	Tłuszcz. przysw.	Węglowod. przysw.
6 l.	19,0 kg	1950	72	57	275
7 „	22 0 „	2210	73	57	337
8 „	24,0 „	2275	75	58	347
9 „	26 0 „	2340	78	59	360
10 „	26,5 „	2410	79	60	373
Przec. 6—10 „	23,5 „	2235	75	58	318
11 „	30 5 „	2575	83	62	405
12 „	33,0 „	2690	87	62	428
13 „	37 0 „	2800	91	64	444
14 „	41,0 „	2860	97	65	452
15 „	47,0 „	3055	101	65	497
Przec. 11—15 „	37,3 „	2795	92	64	445

Aby ułatwić orjentację co do zawartości w pokarmach białka, tłuszczu i węglowodanów, którą zresztą podają podręczniki higieny i dietetyki, przytaczamy tu skład najważniejszych pokarmów. Ostrzegamy przed zbyt matematycznem ujęciem tych liczb, gdyż pokarmy jednakowe różnią się pomiędzy sobą w zależności od szeregu czynników, jak klimat, nawożenie gleby, odżywianie zwierzęcia, sposób przygotowania surowców i t. p.

Tabl. Nr. 2.

Skład chemiczny, przyswajalność oraz zawartość kaloryjna najważniejszych produktów pokarmowych.

Lp.	Nazwa produktu	% odpadków	W 100 gramach produktu rynkowego: Białka przysw.	Tłuszcz przysw.	Węglowod. przysw.	Kaloryj netto
1.	Mięso wołowe, tłuste, razem ze ścięgn. i kośćmi	20	14,0	16,0	—	205
2.	Mięso wołowe, średn. tłustości, ze ścięgn. i kośćmi	20	17,0	5,0	—	115
3.	Mięso wołowe chude razem ze ścięgn. i kośćmi	20	16 0	1,5	—	80
4.	Mięso świni tłuste, razem ze ścięgn. i kośćmi	15	12,0	30,0	—	330
5.	Mięso świni chude, razem ze ścięgn. i kośćmi	15	17,0	6,0	—	125
6.	Mięso cielęce tłuste, razem ze ścięgn. i kośćmi	20	15,0	6,0	—	115
7.	Mięso cielęce chude, razem ze ścięgn. i kośćmi	20	16,0	1,0	—	75
8.	Wątroba	15	17,0	4 0	2.0	115
9.	Słonina	—	10,0	65,0	—	605
10.	Smalec świni	—	—	95,0	—	885
11.	Smalec wołowy	—	—	89,0	—	825
12.	Szczupak, lin, sandacz	50	8,0	0,4	—	35
13.	Śledź solony	35	12,0	11,0	—	150
14.	Jajo kurze ze skorupą, 2 jaja ważą 100 g	12	11,0	10,0	—	140
15.	Mleko krowie słodkie	—	3,0	3,5	4,5	63
16.	Mleko zsiadłe	—	3,0	3,5	3,5	59
17.	Śmietana	—	3,0	15,0	3,0	165
18.	Twaróg	—	14 0	0.5	1,0	65
19.	Ser biały	—	25,0	15,0	4,0	255
20.	Masło	—	1,0	84,0	0,5	785
21.	Mąka pszenna	—	8,0	1,0	70,0	330
22.	Kasza jęczmienna, grysikowa ryż	3	7,0	2,0	65,0	315
23.	Chleb zwykły żytn. lub pytlowany	—	6,0	1,0	40 0	200
24	Bułka pszenna	—	8,0	1,0	55,0	265
25.	Groch, fasola	10	15 0	2,0	25,0	295
26.	Ziemniaki	25	1,0	—	14,0	60
27.	Jarzyny (sałata, rzodkiewka, rzodkiew, buraki, marchew, kapusta, ogórki)	15	1,0	0,2	5,0	27
28.	Jagody świeże	10,0	0,5	—	6.5	29
29.	Owoce świeże	10,0	0,3	—	10 0	42
30.	Śliwy suszone z pestkami	15.0	—	—	44,0	180
31.	Olej, tłuszcz roślinny	—	—	94,0	—	875
32.	Cukier	—	—	—	94,0	385
33.	Kakao w proszku	—	4.0	20,0	30,0	325

Nieodzowną część pożywienia muszą stanowić sole mineralne, zawarte w mleku, jarzynach, owocach.

Pierwszorzędną rolę powinne odgrywać witaminy.

Pokarmy winne być świeże, jedzenie urozmaicone. Jednostajne pokarmy obniżają łaknienie i nie zostają należycie wyzyskane przez organizm. Strona kulinarna powinna stać na wysokości zadania, smacznie i niezbyt długo gotować, nie niszczyć witamin; nie wylewać, o ile można, odwaru, który zawiera sole mineralne. Posiłki muszą być przyjmowane w określonych godzinach, i tak:

Tabl. Nr. 3.

Godzina	Posiłek	% całodz. normy
7.30	1-e śniadanie	15%
10.30	2-e śniadanie	10%
13.00	Obiad	35%
17.00	Podwieczorek	15%
19.00	Kolacja	25%

W ciągu tygodnia należy dawać dwa — trzy obiady bezmięsne — (mleczne lub jarskie).

Tabl. Nr. 4.

Przeciętna norma produktów dla jednego dziecka w wieku lat 12 w L. K. W. na jedną dobę.

Lp.	Nazwa produktu	Gram.	Białek przysw.	Tłuszcz. przysw.	Węglow. przysw.	Kaloryj netto	Ilość nemów	Ilość nem. białka
1.	Chleba i bułki	500,0	30,0	5,0	200,0	1000	1650	1650
2.	Mleka	500 0	15,0	17,5	22,5	315	500	1000
3.	Masła krowiego	35,0	0,35	29,4	0,1	275	420	—
4.	Śmietany	20,0	0,6	3,0	0,6	33	65	65
5.	Sera	20,0	5,6	3,0	0,8	51	100	400
6.	Jaj 2	100,0	11,0	10,0	—	140	250	750
7.	Cukru	70,0	—	—	62,0	255	420	—
8.	Mięsa (ze ścięgn. i kośćmi)	100 0	17,0	5,0	—	115	250	1000
9.	Jarzyn	300,0	3,0	0,6	15,0	81	90	90
10.	Ziemniaków	150,0	1,5	—	21,0	90	185	95
11.	Kaszy, mąki pszennej, ryżu	50,0	3 5	1,0	33,0	160	325	175
12.	Grochu, fasoli	20,0	3,0	0,4	10,5	59	80	160
13.	Owoców jagód świeżych	200 0	1,5	—	17 0	77	120	60
14.	Kakao	4,0	0,2	1,0	1,2	16	25	25
15.	Razem	2070,0	92,0	76,0	384,0	2670	4460	547

Jeżeli tę normę porównamy z normą dla dziecka dwunastoletniego, przytoczoną wyżej, — zobaczymy tu pewne różnice, które dotyczą tłuszczów i węglowodanów, gdyż ilości białka i kaloryj są prawie jednakowe. Odchylenia te są dopuszczalne w granicach niewielkich (prawo izodynamji). Od podawania jadłospisów ze szczegółowem wskazaniem ilości i składu dań odstępujemy w tem miejscu, — jadłospisy bowiem można znaleźć w specjalnych podręcznikach, których nie powinno brakować w bibljotece L. K. W. Ograniczamy się do wzmianki, iż jadłospisy należy układać tak, ażeby ilość i skład pożywienia odpowiadały przytoczonym tu normom, produkty zaś były tak kombinowane, ażeby dzieci je chętnie jadały. W niektórych L. K. W. utarł się zwyczaj nie uwzględniania personelu przy wydawaniu produktów, wychodząc z tego założenia, że to, co stanowi pożywienie dla 100 dzieci, może, bez szkody dla tych dzieci — wystarczyć również dla 10 osób personelu. Innemi słowy, zmniejsza się o 10% normę dziecka. To jest niedopuszczalne.

Ponieważ wiele L. K. W. wprowadziło system obliczania pożywienia według Pirqueta, podaliśmy tu wartość produktów w nemach.

Zaliczając dziecko L. K. W. w wieku lat 12 do klasy odżywczej III a, należałoby dać mu 3500 nemów surowego produktu z dodatkiem 30%, co odpowiada 4460 nemom.

Podkreślamy tu stanowczo, iż, stosując system odżywiania Pirqueta, nie należy odstępować od wyżej przytoczonych zasad, t. zn. niezadawalniać się liczbą nemów, lecz zwracać szczególną uwagę na zawartość w pokarmach wysokowartościowego białka, tłuszczu, witamin i t. d.

Na zakończenie pragniemy podkreślić, iż kierownictwo diety w L. K. W. powinno spoczywać w rękach lekarza, dokładnie obznajomionego z wymaganiami nowoczesnej higjeny odżywiania i zaopatrzonego w odpowiednią literaturę, — lekarza, który czuwałby nad jadłospisem, wyzyskując jak najbardziej rynek letni, który obfituje w produkty, bogate w witaminy, sole mineralne, żelazo. Współpraca lekarza z personelem wychowawczym i technicznym jest przytem konieczną. Krótki okres pobytu dzieci w L. K. W. wymaga odpowiednich warunków odżywiania; od norm powyższych nie wolno odstępować.

Piśmiennictwo:

Prof. K. Karaffa-Korbut: Zarys higjeny, Wilno, 1924. — Prof. N. K. Ignatow: Pitanije dieciej wsiech wozrastow, Moskwa, 1930. — Otto Kestner i H. W. Knipping: Die Ernährung des Menschen, Berlin, 1928. — Sprawozdania szeregu L. K. W.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Nr. Z. I. 953/31.

Protokół wstępnego posiedzenia w sprawie propagandy budowy racjonalnych studzień z dnia 17 października 1931 r. w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Obecni: Pp. Inż. H. Przylęcki, Kierownik naukowy stacji doświadczalnej na Kaskadzie, Inż. E. Kosewski, Kierownik wydziału technicznego Głównego Związku Straży Pożarnych, J. Mikuta, Podinspektor Głównego Związku Straży Pożarnych, A. Henneberg, przedstawiciel Związku Fabryk Portland-Cementu, i Inż. St. Waldof-Kubiczek z Referatu inżynierji sanitarnej Departamentu Służby Zdrowia.

Przewodniczył Inż. Z. Rudolf, Kierownik osobnego referatu inżynierji sanitarnej, który na wstępie zreferował wyniki posiedzenia, jakie na zaproszenie Związku Polskich Fabryk Portland-Cementu odbyło się w dniu 7 października r. b. w Wydziale prewencyjnym Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych z udziałem przedstawiciela Głównego Związku Straży Pożarnych. Na posiedzeniu tem, poświęconem sprawom wodnym, ustalono, że:

1) Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych przeprowadzi ankietę, by wykryć wszystkie miejscowości, gdzie niema lub jest mało wody do gaszenia pożarów.

2) Materjał zebrany P. Z. U. W. prześle do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, które będzie mogło materjał ten wykorzystać dla wydania właściwych zarządzeń.

3) W Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (osobnym referacie inżynierji sanitarnej) zostaną ustalone w porozumieniu z Głównym Związkiem Straży Pożarnych i Związkiem Fabryk Portland-Cementu typy studzien, które należałoby propagować za pośrednictwem poszczególnych straży ogniowych, oraz zostanie omówiony program dokształcania straży pożarnych w sprawach wodnych.

Przewodniczący zaznaczył, że zgodnie z wymienionym 3-cim punktem posiedzenie obecne ma na porządku dziennym przedewszystkiem sprawę doszkolenia w dziedzinie higjeny i techniki sanitarnej wojewódzkich i powiatowych referentów wodnych straży pożarnych.

Przedstawiciele Głównego Związku Straży Pożarnych wyjaśnili, że w oddziałach straży pożarnej mają być powołani referenci wodni (z pośród inteligentnych podoficerów strażackich), którzy będą musieli czuwać we wszystkich miejscowościach nad zapewnieniem dostatecznej ilości wody na wypadek pożaru, pracując stale pod kierunkiem i kontrolą właściwych referentów wojewódzkich. Po dyskusji nad tą sprawą zdecydowano nie uruchamiać doszkalania referentów wodnych, zanim nie zostaną wszędzie dokładnie zbadane miejscowe warunki co do możliwości i zakresu takiej akcji. Tymczasowo zostanie powołany wojewódzki referent wodny tylko na terenie Woj. Wileńskiego (przedewszystkiem kresowego województwa, gdzie są najgorsze warunki), który wejdzie w bliższą styczność ze wszystkiemi strażami pożarowemi na tym terenie i zorjentuje się co do panujących tu stosunków wodnych. Taka 2—3-miesięczna akcja dostarczy danych, w jakim stopniu i w jakich dziedzinach położyć specjalny nacisk na dokształcanie referentów wodnych poszczególnych oddziałów straży pożarnych. Ponieważ przy akcji tej będą brane pod uwagę ogólne warunki zaopatrzenia osiedla w wodę, wojewódzki referent wodny winien być dobrze obeznany ze studniami z punktu widzenia techniki sanitarnej oraz z dążeniami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w kierunku poprawy istniejącego stanu studzien.

Co do wyboru typu studzien, nadających się do propagowania, postanowiono całkowicie polegać na typach jakie zostaną przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych uznane za właściwe.

Inż. Z. Rudolf.

Przewodniczący zebrania.

Kierownik Osobnego Referatu Inżynierji Sanitarnej.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Tadeusz Bętkowski: *Chirurgja ćwiczeń fizycznych i sportu.* Wskazówki dla lekarzy sportowych i wojskowych. St. 170. Wydawnictwo Zakładu Narodowego Imienia Ossolińskich. 1931. Lwów.

W ostatnich latach, stojących w całym świecie cywilizowanym pod znakiem przyśpieszonego rozwoju wychowania fizycznego i pielęgnowania sportów, uszkodzenia i schorzenia ćwiczebno-sportowe znalazły silny oddźwięk w literaturze lekarskiej wszystkich języków; w polskiej literaturze chirurgicznej nie było dotąd prac o charakterze podręcznikowym o uszkodzeniach i schorzeniach sportowo-ćwiczebnych narządów ruchów. Wydana jako Nr. 17 Bibljoteki Wychowania fizycznego i Sportu praca Bętkowskiego wypełnia tę lukę w piśmiennictwie polskiem.

Opierając się na materjale, uzyskanym w czasie długoletniej służby wojskowo-lekarskiej, w czasie której, przez pewien czas, był chirurgiem Poznańskiej Centralnej Wojskowej Szkoły Gimnastyki i Sportów, mógł autor nagromadzić liczne obserwacje i niezmiernie cenny materjał dla napisania podręcznika, zawierającego wskazówki rozpoznawcze i uwagi nad pochodzeniem uszkodzeń i schorzeń ćwiczebno-sportowych. Strona praktycznolecznicza jest uwzględniona przez autora z należytym umiarem, dowodzącym, że posiada on duże doświadczenie kliniczne; jako przykład można przytoczyć uwagę odnośnie do cewnikowania pęcherza w przypadkach podejrzanych o pęknięcie pęcherza: „cewnikowanie powinno być wykonywane li tylko w Szpitalu chirurgicznym, gdzie w związku z niem może być wykonany zabieg operacyjny" i dalej „chory powinien w najkrótszym czasie po wypadku znaleźć się w odpowiednim szpitalu chirurgicznym, gdzie zostaną wykonane odpowiednie zabiegi chirurgiczne, których omawianie wychodzi poza ramy tematu".. Z uwag tych przebija poczucie wielkiej odpowiedzialności za wszelkie rękoczyny, które każdy lekarz sportowy wyrobić w sobie powinien. Celem autora nie było wyłuszczenie zasad techniki operacyjnej i wyszkolenie specjalistów-chirurgów; pozostawiając to zadanie klinice, zdawał sobie jasno sprawę, że leczenie uszkodzeń ćwiczebnych i sportowych w swoich zasadach i podstawach nie może i nie powinno odbiegać od leczenia schorzeń urazowych, stanowiących domenę chirurgji ogólnej.

Omówiwszy wpływ pracy ćwiczebno-sportowej na organizm z uwzględnieniem sportu, jako czynnika chorobotwórczego, przechodzi autor do części szczegółowej, gdzie wedle systemu anatomicznego opisuje schorzenia poszczególnych części ciała, stojące w związku przyczynowym ze sportem i ćwiczeniami fizycznemi. Wkońcu pracy umieszczony jest bogaty zbiór zdjęć rentgenologicznych.

T. Ostrowski.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości Lekarskie, rok IV, nr. 10, z października 1931: W. Lewicki: Uszkodzenie macicy przy usuwaniu ciąży. — O. Balikówna: Dzisiejszy stan wiedzy o paratyfusach. — St. Buhn: IV. Ogólny Ziazd przeciwgruźliczy.

Pielęgniarka Polska, rok III, nr. 10, z października 1931: VI Walny Zjazd Polskiego Stowarzyszenia pielęgniarek zawodowych. — H. Chrzanowska: Pielęgniarka w walce z alkoholizmem. — C. Wroczyński: Sprawozdanie z międzynarodowego Kongresu szpitalnictwa w Wiedniu. — M. Morzkowska: Odżywianie w chorobie.

Wiadomości Weterynaryjne, rok XIII, T. X, Nr. 135, z października 1931: A. Spryszak: O zmienności pałeczki różycy świń. — S. Runge i B. Witkowski: Z kazuistyki anatomo-patologicznej. — K. Millak: Podstawy prawne służby weterynaryjnej we Francji. — A. Millak: Shibasaburo Kitasato (wspomnienie pośmiertne).

Nowiny Lekarskie, rok XLIII, nr. 21, z 1 listopada 1931: Wl. Mikulowski: Problem konfliktu leczniczego w kile. — E. Krajewski: Zagadnienie reumatyzmu a trudności rozpoznawcze i statystyczne schorzeń reumatycznych. — T. Suwalski: Część świecy, jako ciało obce w pęcherzu. — G. Cierkowska: Dwa przypadki szkodliwego działania przetworów sporyszowych.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 44, z 1 listopada: J. Filipczak: Sporysz — Secale cornutum (dok.). — Sprawy zawodowe.

Młoda Matka, Nr. 21, z roku 1931: S. Średnicki: Jesień a nieżyty dróg oddechowych. — S. Popowski: Przeziębienia a gruźlica. — J. Wiszniewski: Pielęgnowanie pępka u noworodków. — T. Lewenfiszowa: Sezonowe soki dla niemowląt. — J. Bogdanowicz: Jeszcze o nadmiarze zabawek. — C. Bańkowska: Bajka w życiu dziecka. — Z. Węgrzynowska: Nasze nerwy.

Zdrowie, rok XLVI, nr. 18, z 15 października 1931: Inż. C. Uthke i A. Niepielski: W sprawie budowy szpitali komunalnych. — St. Matusiak: W sprawie mięsa i jego przetworów. — H. Rabinowicz: W sprawie propagandy zwalczania chorób wenerycznych. — S. Stypułkowski: Ze Zjazdu przeciwgruźliczego w Zakopanem. — M. Wójcikowski: Jeszcze w sprawie zimowych wakacyj. — Kronika epidemjologiczna Nr. 9, za 1930 r.

Opieka nad dzieckiem, rok IX, nr. 9, za wrzesień 1931: J. Ryngmanowa: Praca zarobkowa dzieci w Polsce.

Nowiny Społeczno-Lekarskie, rok V, nr. 14, z 1 listopada 1931: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — W. Nowicki: W sprawie prywatnych poradni i kursów lekarskich. — E. Doliński: Poradnia a gabinet lekarski. — Wl. Hibl: Stracona placówka. — Kl. Łazarowicz: Uwagi o t. zw. etyce lekarskiej. — C. Rydlewski: Wrażenia ze Zjazdu Rady głównej A. P. I. M'u w Budapeszcie. — R. Kleber-Dakowska: Ankieta A. P. I. M. w sprawie ubezpieczeń społecznych. — A. Krzyczkowski: Niektóre braki w uspołecznieniu lekarzy.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 11. — 1931.

H. Fuchs: *Problem poronienia.* Z porównania rosyjskiej i niemieckiej statystyki przerwań ciąży widzimy, że w Rosji, a więc tam gdzie owe zabiegi wykonuje się masowo, zabieg ten daje zupełny brak, albo nieznaczny tylko procent śmiertelności, podczas gdy w Niemczech wykazuje procent równy laparatomjom ginekologicznym. Istnieją wskazania somatyczne ze strony matki do przerwania ciąży, lecz są też i wskazania czysto społeczne, z któremi lekarz powinien się liczyć. Należy zawsze uwzględniać tę okoliczność, że kobiety ciężarne, które starają się pozbyć ciąży, jeśli przez lekarzy zostanie im to odmówione, skierowują się albo do osób niefachowych, albo też same wykonywują rozmaite zabiegi, celem przerwania ciąży.

W. Löwenberg: *Zapalenia narządu trawiennego jako problem patogenetyczny.* Bakterje, które fizjologicznie w przewodzie pokarmowym się znajdują, w pewnych warunkach mogą się stać chorobotwórczemi. Z jednej strony mała odporność przewodu pokarmowego, z drugiej błąd dietetyczny mogą pał. okrężnicy, enterokoki, paciorkowce, gronkowce zrobić zjadliwemi. O przyczynę zapalenia woreczka żółciowego wielu autorów posądza gronkowca, dróg żółciowych pałeczkę okrężnicy lub paciorkowca. W wysiękach zapalnych dookoła czy w samym wyrostku robaczkowym znajdowano najczęściej bakterje ziarenkowate. Poza sprawami swoistemi całego przewodu pokarmowego, wymienione bakterje odgrywają najczęściej rolę patogenetyczną.

F. Lickint: *Dolegliwości przy używaniu kawy z kofeiną i bez, oraz kawy słodowej.* Autor dzieli ludzi na 5 grup i do każdej przydziela ludzi rozmaicie znoszących kawę z zawartością kofeiny. Oczywiście ścisłych granic między grupami niema. I grupa to ludzie znoszący wszystkie rodzaje kawy. II — tacy, którzy reagują na produkty rozkładu pozostałe w kawie. — III — którzy reagują na kofeinę. IV — którzy nie znoszą środków użytych do odciągnięcia kofeiny i V — nieznoszący wcale kofeiny.

L. Haberlandt: *W sprawie preparatów hormonu sercowego.* Wyciąg z mięśni szkieletowych działa znacznie słabiej na mięsień sercowy, niż wyciąg z samego m. sercowego. Punktem zaczepienia działania nie są naczynia wieńcowe serca, ponieważ doświadczenie wykonane przez autora na żabach, które naczyń wieńcowych nie posiadają, wykazało mimo to czynność preparatu.

K. Narbeshuber: *Stricturanaemia i dieta wątrobowa.* Opis wypadku, w którym w 5 lat po operacji zwężenia jelitowego w 3 miejscach, spowodowanego owrzodzeniem t. b c., wystąpiły objawy niedokrwistości złośliwej, które przy leczeniu wyciągiem wątrobowym ustąpiły. Autor tłumaczy to sobie zaleganiem treści przewodu pokarmowego i wessaniem toksyn, działających na szpik kostny. Z chwilą usunięcia zwężenia znika zaleganie treści i wessanie toksyn. Zabiegu zwykle w tym okresie nie da się wykonać

z powodu złego ogólnego stanu, dlatego należy wtedy uciec się do leczenia dietą wątrobową.

Bela Freystadtl: *Perkaina i jej zastosowanie w dysfagjach gruźliczych.* W przypadkach owrzodzeń w jamie ustnej czy w krtani bóle są tak wielkie, że chorzy wstrzymują się od przyjmowania pokarmów i wtedy należy stosować miejscowo środki znieczulające. Takim lekiem jest perkaina. Jest ona o tyle lepszą od kokainy, że dłużej działa, jest mniej toksyczną i nie powoduje przyzwyczajania się chorych przy dłuższem używaniu.

A. Evers: *Terapja kataru zanikowego nosa.* Po omówieniu objawów, autor przechodzi kolejno sposoby leczenia wewnętrznego i chirurgicznego, jako też energją promienną. Wszystkie środki, które powodują miejscowo przekrwienie bł. śl. mogą być ostrożnie stosowane.

Vezer: *Lecznicze działanie jodu wprowadzonego dolędźwiowo i domózgowo.* Opisuje przypadek syryngomielji z typowemi objawami. W celach diagnostycznych wstrzyknięto jodipinę dordzeniowo, a w 14 dni objawy choroby szybko się cofnęły.

Weiss: *Leczenie zachowawcze czyraczności.* Maści rtęciowe (*Hg oxyd. fl.* 10%) stosowane miejscowo powodują szybkie dojrzewanie czyraków i ich pęknięcie. Przez dojrzewanie czyraków ustrój się uodparnia, zapobiegając występowaniu nowych.

W. Ackermann: *Mikrometoda opadania c. czerwonych krwi.* Celem uniknięcia nakłuwania żyły, skonstruowano cienką kapilarę szklanną do wypełnienia której wystarcza krew z nakłucia opuszki palca w której oznacza się czas opadania. Wielkości uzyskane tą metodą są nieco większe, nie są jednak tak duże by nie można ich uwzględniać w klinice. Przyśpieszenie opadania ma być spowodowane większą ilością CO_2 we krwi z palca.

G. Scherk: *Zator tętnicy trzewiowej i zatrucie ołowiem.* Opisuje przypadek ostrej niedrożności. Po różnicowaniu przychodzi do wniosku, że na tle przewlekłego zatrucia ołowiem wystąpiła miażdżyca naczyń zwłaszcza brzusznych i na jej tle wystąpił zator *a. mesentericae sup.*, powodując zgorzel jelita cienkiego. Przypadek skończył się śmiercią.

K. Stejskal: *Działanie preparatów cholinowych w hipertoniach.* W nadciśnieniach pochodzenia nerkowego czy naczyniowo-sercowego preparaty cholinowe jak n. p. kathesyna działają obniżająco na ciśnienie, co ilustruje autor historjami chorób. Mechanizm działania bliżej nieznany można jednak tłumaczyć działaniem choliny na nerwy naczyniowe, powodującem rozszerzenie światła naczyń.

Nr. 12 — 1931.

Pels Leusden: *Wczesne rozpoznanie nowotworów sposobami pojedyńczemi oraz badanie palcem prostnicy.* Przytaczając tragiczne przykłady zaniedbania badania przez kiszkę stolcową, z jednej strony, a z drugiej strony piękne wyniki wczesnej diagnozy, zachęca autor we wszystkich przypadkach, dotyczących jamy brzusznej nie omijać tak prostego badania przez kiszkę stolcową. Czasami badanie to samo dla siebie jest niewystarczające, mianowicie, gdy nowotwór znajduje się zbyt wysoko, wtedy należy wykonać prześwietlenie Roentgenem albo rektoromanoskopję.

R. Prigge: *Badania doświadczalne nad „ujemną fazą" uodpornienia błoniczego.* Świnki morskie uodporniane przeciw toksynie i żywym maczugowcom błoniczym, przed wystąpieniem odporności nie wykazują „fazy ujemnej", ani szczególnej wrażliwości na jad błoniczy. Nadmierna wrażliwość może wystąpić tylko przy nieostrożnem przedawkowaniu. U ludzi trudno o przedawkowanie, ponieważ przy uodparnianiu oblicza się na kg wagi, i dlatego rzadko się spotyka tą nadmierną wrażliwość.

K. Ehrhardt: *Zaśniad groniasty i reakcja ciążowa (A. Z. R.).* W przypadkach zaśniadu groniastego duże ilości hormonu z przedniej części przysadki znajduje się w moczu i z tego korzystamy w diagnostyce tego schorzenia. Ilość 200 do 500 jed. na 1 cm³ moczu dowodzi zaśniadu groniastego.

Th. Straaten: *Rozważanie nad pracą Melchiora: „Wczesna operacja".* Statystyczne zestawienie przypadków resekcji żołądka i dwunastnicy przy owrzodzeniach trawiennych oraz krótkie omówienie metod stosowanych przy tych zabiegach.

M. Leffkowitz: *Pseudoperitonitis.* Mimo istnienia w pełni rozwiniętych objawów t. z. otrzewnowych, w b. nielicznych przypadkach przyczyna nie leży pierwotnie w samej otrzewnej. Mamy wtedy do czynienia z tak zw. zapaleniem otrzewnej rzekomem. Zdarza się ono w śpiączce cukrzycowej, marskości wątroby i t. d. Autor opisuje pierwotnego raka oskrzela, u którego wykonano laparotomię wśród objawów przebicia wrzodu żołądka, a operacja wykazała brak jakichkolwiek zmian na otrzewnej, natomiast istniały przerzuty w wątrobie. Przyczyną tych objawów może być rozciąganie torebki wątroby. Rzadkie te przypadki rozpoznaje się zwykle dopiero na stole operacyjnym.

R. Siegel: *Czy istnieje hiperglikemja insulinowa.* Obserwowano podniesienie się cukru we krwi po wstrzyknięciu insuliny. Ale równocześnie stwierdzono, że im preparat był czystszy, tem to podniesienie było mniejsze, stąd wniosek, że chodzi tu o pewne przypadkowe domieszki, które dostały się przy sporządzaniu preparatu. Mechanizm działania ma być ten , że owe nieznane substancje mają rozkładać glikogen wątroby na cukier. Objaw ten jednakowoż jest przemijający.

H. Caspary: *Leczenie wiewióra.* Przy wiewiórze szyjki macicznej u kobiet i cewki przedniej u mężczyzn w postaciach chronicznych należy miejscowo stosować energję elektryczną w formie nagrzewań, diatermji wewnętrznej. Autor poleca do tego celu specjalne elektrody.

C. Oestreich: *Leczenie preparatem „Subcutin", wysiękowych zapaleń opłucnej, w szczególności przy odmach.* W postaciach podchronicznych i chronicznych wysięków opłucnej na tle t. b. c., w szczególności powstałych przy sztucznych czy spontanicznych odmach, można kusić się o leczenie zachowawcze przez przepłukiwania opłucnej 1% roztworem „subcutin".

K. Franke: *Liczenie retikulocytów w komorze do liczenia.* Retikulocyty czyli c. czerwone młode z substancją zw. granulofilamentozą, występują w niedokrewnościach, w których aparat krwiotwórczy jest chorobowo podrażniony. Po omówieniu sposobu barwienia zażyciowego podaje metodę liczenia retikulocytów: polega ona na użyciu 0,5% błękitu brylantkrezylowego w fizjologicznym roztw. soli kuchennej do rozcieńczenia krwi w pipetce, używanej do liczenia c. czerwonych (do podziałki 0,5), następnie przez 1/2 godz. pozostawia się w pipetce ową mieszaninę celem wybarwienia c. cz. poczem w komorze do liczenia krwinek liczy się na całej siatce c. czerwone z czarno występującą siateczka lub punktami. Fizjologicznie u ludzi dorosłych może być do 2% owych krwinek.

E. Schrt: *Nowe prace z dziedziny chirurgji jamy brzusznej.* Krótko streszcza teorje spastycznie powstałych zwężeń przełyku i chirurgiczne ich traktowanie. Dalej zastanawia się nad owrzodzeniami trawiennemi żołądka i dwunastnicy, omawiając niektóre sposoby operacyjne. Zapalenie ropne bł. śl. żołądka klasyfikuje jako schorzenie czysto chirurgiczne, które jako takie, należy radykalnie traktować. Różnego rodzaju niedrożności, oraz ich leczenie są dalszą treścią pracy.

Godłowski (Kraków).

Piśmiennictwo niemieckie.
Archiv für Gynekologie.

T. 139, z. 1 i 2.

Kleine: *W sprawie patologji torbieli krezkowych.* Opis bardzo rzadkiego, bo może jedynego przypadku torbieli krezki, która następowo uległa skostnieniu pod postacią skorupy. Wobec zaniku ściany wewnętrznej i kolosalnych następowych zmian w ścianie torbieli nie można było dokładnie rozstrzygnąć, czy była to torbiel pierwotnie wrodzona, powstała na tle zaburzeń rozwojowych (torbiel chłonna *Lymph.* względnie *Chyluscyste*). Pewne momenta atoli przemawiają za tem.

Znaczenia patologiczno-klinicznego nabiera przypadek przez to, że w związku z guzem powstał skręt krezki, który znów wywołał zakrzep żyły krezkowej, zgorzel jelita i zejście śmiertelne.

Eufinger i Ostermann. *Skład krwi dzieci w przypadkach zatruć ciążowych.* Badania porównawcze krwi matek i dzieci co do ciał białkowatych i cholesteryny u rodzących zdrowych wykazują wyraźne przeciwieństwo obu gatunków krwi. W krwi dzieci w przeciwieństwie do krwi matek obok wielkiej stałości koloidów, przeważają zwykle t. zw. przez autora *„feindisperse Phasen"* w krwi matek zaś t. zw. *„grobdisperse Phasen"*, tak że stosunek albumin do globulin wynosi mniej niż 1. Euglobulina i fibrynogen jakoteż cholesteryna, w krwi matek znajduje się w ilości znacznie większej, aniżeli w krwi dzieci. Ponadto cholesteryna w krwi matek jest silniej związana, aniżeli w krwi dzieci. Płeć płodu nie wpływa wcale na skład krwi dziecka.

W przypadkach zatruć ciążowych, drgawek porodowych i nefropatyj powyżej opisany skład krwi dzieci ulega zmianie bardzo często w tym kierunku, że budowa ciał białkowatych i zachowanie się cholesteryny zbliżają się bardzo do stanu krwi matki.

Neumann. *O bujaniu naczyń krwionośnych i chłonnych w mięśniu macicy i w mięśniakach.* Spostrzegane nieraz kłębki naczyń na ograniczonej przestrzeni w ścianie macicy nie mają znaczenia klinicznego. Od otoczenia nie odgraniczają się one ostro. Opisano dotychczas 3 takie przypadki, z których jeden przedstawiał się jako naczyniak krwionośny podśluzowy i śródścienny. W razie utrudnienia odpływu krwi powstają nie tylko rozszerzenia naczyń włosowatych lecz także chłonnych w torebce mięśniaka i na

obwodzie guza. Rozszerzenia naczyń chłonnych przydarzają się jednak i mimo braku zastoju w krążeniu krwi. W tych przypadkach pierwotnego zastoju naczyń chłonnych na obwodzie znajdujemy ciecz zastoinową jasną, lekko żółtawo-zielonkowatą. Odróżnienie od zwykłego obrzęku jest niemożliwe, jeżeli w mięśniaku brak jest wysłania nabłonkowego. Przez stałe niszczenie pojedyńczych przegród mogą powstać nawet duże torbiele. Prawie w 1/3 części badanych mięśniaków znajdywały się zmiany szkliste w komórkach tkanki łącznej i mięśni. Mięśniak naczyniasto-chłonny charakteryzuje się tem, że obok nowotworu łącznotkankowego wchodzi w grę genetycznie oddzielny nowotwór z naczyń chłonnych, względnie krwionośnych. Ogniskowe kłębki naczyń w ścianie macicy nabierają dopiero wówczas znaczenia klinicznego, jeżeli przybiorą postać guza. Ma to znaczenie zwłaszcza w czasie ciąży, gdyż podobne zmiany naczyń mogą być przyczyną poważnych powikłań porodowych. Owe zmiany naczyń w mięśniakach nie dają żadnych pewnych objawów. Co się tyczy związku pomiędzy mięśniakami i niepłodnością kobiety, autor sądzi, podobnie jak Kehrer, a mianowicie, że zaburzenia życia płciowego, które powodują rozrost mięśniaków, są również przyczyną niepłodności.

Anselmino i Hoffmann. *O zawartości lipazy w łożysku.* W łożysku ludzkiem znajduje się lipaza, która różni się od lipazy surowicy i innych organów małą wrażliwością na trucizny. Zawartość lipazy zwiększa się w pierwszej połowie ciąży, a pod koniec ciąży zmniejsza się prawie do połowy. To zmniejszenie się polega na względnem wzroście tkanki łącznej, zawierającej bardzo mało lipazy, podczas gdy zawartość lipazy pojedyńczych komórek nabłonkowych utrzymuje się na tej samej wysokości.

1 mg suchej wagi łożyska może przeciętnie w godzinie przy cieplocie 37,5° oddzielić około 1,1 mikromol kwasu mlekowego z tributyryny. Zawartość lipazy w łożysku jest zatem mniejsza niż w nerce i wątrobie, ale większa aniżeli w śledzionie i tkance rakowej.

Kaufmann i Mühlbock. *Czynność jajnika a zawartość lipoidów.* Autorowie postawili sobie pytanie, czy w różnych okresach czynności jajnika, z wyjątkiem ciąży, da się wykazać prawidłowy wpływ lipoidów we krwi. Wobec wielkich wahań fizjologicznych zawartości lipoidów w surowicy krwi wśród tych samych warunków zewnętrznych, konieczne okazały się badania stałe na tej samej osobie przez czas dłuższy.

Oddzielnie oznaczali całą zawartość cholesteryny, wolną cholesterynę, estrocholesterynę, lecytynę i całą zawartość kwasów tłuszczowych.

Jako rzecz charakterystyczną podnieść należy, że spadek cholesteryny w czasie regularności dotyczy głównie cholesteryny wolnej. Przyczyny tego spadku na razie nie znamy. Na podstawie badań autorów można przyjąć za rzecz pewną, że do pewnego stopnia przyczyną tą są okresowe wahania działania hormonów w jajniku. Przez spadek cholesteryny wolnej wykazać się dają w surowicy krwi w czasie regularności znaczne przesunięcia części estrów w wolną cholesterynę. U kobiet zdrowych ulega temu procesowi około 70% całej cholesteryny, w czasie regularności zaś około 85 — 90%.

Wolna cholesteryna okazuje i poza tem w surowicy krwi znacznie większe wahania aniżeli estercholesteryna. Obliczenie t. zw. średniego rozproszenia wykazuje dla estercholesteryny około 15%, dla wolnej cholesteryny zaś 40—50%.

Zawartość lecytyny w surowicy krwi jest niezależna wcale od tych wahań cholesteryny w różnych okresach czynności jajnika, gdyż wpływu zawartości lecytyny nie udało się wykazać.

U 2 kobiet miesiączkujących prawidłowo stwierdzono w czasie 3 okresów regularności zwiększenie się całej zawartości kwasów tłuszczowych w krwi podczas krwawień miesiączkowych.

Usunięcie jajników nie powoduje ani zmiany zawartości lipoidów w surowicy krwi, ani też podziału poszczególnych składników. W okresie przekwitania u niektórych kobiet daje się wykazać zwiększenie zawartości cholesteryny, lecytyny i kwasów tłuszczowych.

Kleine. *W sprawie nieprawidłowości naczyń łożyska.* Z badań autora wynika, że nie każde naczynie, które przebiega od brzegu łożyska do kosmówki i w niej się kończące, uprawnia do rozpoznania zatrzymania łożyska dodatkowego. Są bowiem przypadki, choć rzadkie, w których małe łożysko dodatkowe uległo zupełnemu wchłonieniu, podczas gdy naczynia łączące je z łożyskiem głównem nadal istnieją.

Do naczyń zbaczających łożyska *(vasa aberrantia placentae)* należą:

1) naczynia łożyska dodatkowego, które uległo wchłonieniu,

2) Naczynia tej części kosmówki gładkiej, która dawniej posiadała kosmki, a która znajduje się blisko brzegu łożyska i

3) naczynia przebiegające łukowato od brzegu łożyska z tej części kosmówki gładkiej, która dawniej posiadała kosmki, które to naczynia zawsze z powrotem biegną do łożyska głównego.

Raab i Wittenbeck. *Kwasota pooperacyjna.* Temat obrany do opracowania, miał za zadanie rozstrzygnięcie sprawy wpływu narkozy na organizm, a szczególnie odpowiedzieć na postawione pytania:

1) Jakie zmiany występują u człowieka w zawartości kwasów po narkozie i operacji i jakie czynniki powodują te zmiany.

2) W jaki sposób zmiany te zostają wyrównane.

3) O ile te zaburzenia przemiany materji są dla życia niebezpieczne.

Przeprowadzenie wszystkich badań naraz było niemożliwe, dlatego autorowie podzielili cały materjał, obejmujący 70 pacjentek, na 2 grupy. U chorych pierwszej grupy oznaczali stężenie jonów wodorowych, sole zasad., zawartość cukru we krwi, dalej aceton, kwas beta-oksy-masłowy i kwas moczowy we krwi, u reszty chorych oznaczali oprócz stężenia jonów wodorowych i zasobu zasad we krwi, także zawartość amonjaku. Oprócz tego oznaczali zredukowaną ilość amonjaku w moczu, obliczoną z azotu amonjakowego i całego azotu i wreszcie mierzyli stężenie jonów wodorowych w moczu. W obu grupach ponadto wykonano jakościowe oznaczanie ciał ketonowych w moczu.

Z wyjątkiem 3 chorych, operowanych w znieczuleniu lędźwiowem, wszystkie doświadczenia dotyczą chorych, operowanych w uśpieniu chloroformem i eterem.

Ten obfity materjał swych doświadczeń opracowali autorowie w 3 artykułach, z których każdy mimo tego samego tytułu ogólnego, dotyczy specjalnych kwestyj omawianej sprawy. Ponieważ wszystkie 3 prace dotyczą tej samej materji, dlatego referuję je wspólnie, kolejno jedną po drugiej.

I.

Zawartość kwasów i przemiana węglowodanów. Wskutek narkozy i operacji występują wahania w równowadze kwasów we krwi. W przeważnej liczbie przypadków zwiększa się kwasota krwi z tem, że stężenie jonów wodorowych krwi i zasób zasad zmniejszają się. Niejednokrotnie jednak spostrzegano, że podnosiła się alkaliczność krwi, zwłaszcza w przypadkach, w których już przed operacją tak stężenie jonów wodorowych we krwi i zasób zasad były bardzo niskie.

Zawartość cukru we krwi zwiększa się, często nawet w 100% i można ją wykazać nieraz nawet w 48 godzin po operacji. Z doświadczeń autorów nie wynika atoli, aby zawartość cukru we krwi pozostawała w jakiej stałej zależności od równowagi kwasów.

Tylko nieznacznie zwiększa się po narkozie i operacji ilość ciał acetonowych we krwi.

Zawartość kwasu beta-oksy-mlekowego zwiększa się w przeważnej liczbie przypadków, lecz nie do tego stopnia, aby decydowała o kwasocie krwi. Zauważyli autorowie nawet pewien objaw niezależności obu tych czynników od siebie, a mianowicie zwiększenie ilości kwasu beta-oksy-mlekowego mimo alkaliczności krwi. Ilość kwasu moczowego tylko nieznacznie zwiększa się po narkozie i operacji.

Tak zabieg operacyjny, jak i narkoza wcale nie uszkadzają zdolności nerek co do wydzielania ciał acetonowych.

Wnioskują z powyższych danych autorowie, że po narkozie i po operacji występują we krwi kwasy, prawdopodobnie organiczne, które zostają związane przez obecne we krwi dwuwęglany, nazwane także zasobem zasad i wydalają w ten sposób kwas węglowy, który uchodzi drogą płuc. W ten sposób obecne we krwi kwasy zostają związane, tak że ich wartościowość kwaśna nie wpływa wcale na kwasotę krwi. Zmniejsza się więc ilość dwuwęglanów we krwi. Ponieważ zaś stężenie jonów wodorowych oblicza się ze stężenia dwuwęglanów i napięcia kwasu węglowego dlatego też po zmniejszeniu się stężenia dwuwęglanów zmniejsza się również stężenie jonów wodorowych we krwi.

Inaczej tłumaczą tę sprawę Henderson i Haggard. Uważają oni kwasotę za skutek nadmiernej wentylacji, a więc zwiększonego wydalania kwasu węglowego pod wpływem wzmożonego oddechania. Wskutek tego występować ma najpierw względna alkaliczność, a po ustąpieniu wartościowości alkalicznych następowo kwasota. Przyjąwszy, że w ten sposób mogłaby powstać kwasota, to w krótki czas po operacji musiałaby ona być wyrównana. Działanie czasowej, nadmiernej wentylacji nie może atoli trwać 24, a tem więcej 48 godzin. Autorowie zaś mogli bardzo często nawet po tak długim czasie wykazać bardzo znaczną kwasotę i dlatego sądzą, że owe tłumaczenie Hendersona i Haggarda powstawania kwasoty pooperacyjnej nie jest słuszne.

Przyczyną pojawiania się kwasów po zabiegach operacyjnych zdaniem autorów są zaburzenia przemiany materji, które spowodowane są pierwotnie przez uszkodzenie narządów, a zwłaszcza wątroby. Ponieważ atoli w niektórych przypadkach stwierdzili po operacji alkaliczność, więc przyjmują możliwość, że zobojętnienie pozostałych kwasów może nastąpić także w inny sposób, a nie

tylko przez same dwuwęglany. Zdaniem ich może tu wchodzić w grę przedewszystkiem amonjak krwi, którego nadmierne wydzielanie tłumaczyłoby dostatecznie jej alkaliczność. Ponieważ zaś amonjak jest produktem pośrednim w przemianie białka, dlatego też w rozważaniu sprawy kwasoty pooperacyjnej uwzględnić należy właśnie przemianę ciał białkowatych.

II.

Przemiana białka i przyczyny powstawania kwasoty. Kwasota pooperacyjna powstać może wskutek uszkodzenia wątroby po narkozie inhalacyjnej. Ponieważ wątroba jest punktem środkowym przemiany węglowodanów i tłuszczu, więc zaburzenia jej czynności powodują powstawanie patologicznych produktów przemiany materji, co w końcu prowadzi do przeładowania krwi kwasami.

Atoli i sam uraz operacyjny (znieczulenie lędźwiowe) wystarcza, aby wywołać podobne i takie same zaburzenia przemiany materji a to wskutek podrażnienia nerwu trzewnego za pośrednictwem nadnerczy.

Również podniecenie psychiczne chorej przed operacją gra ważną rolę w zaburzeniach przemiany materji po operacji, a skutek takiego podniecenia może się ujawnić nawet jeszcze przed wykonaniem zabiegu.

Uwzględnić dalej należy przeładowanie organizmu kwasami, a mianowicie kwasem węglowym, spowodowane zmniejszeniem pobudliwości ośrodka oddechowego przez środek usypiający. Jeśli ustanie porażenie ośrodka oddechowego przez narkotyk, wówczas kwasy krwi w całej pełni zaczynają działać na ośrodek oddechowy. Wówczas przychodzi do zwiększonej wentylacji, a tem samem do wzmożonego wydalania kwasu węglowego drogą płuc. W ten sposób w niektórych przypadkach może zwiększyć się alkaliczność krwi, pomimo że we krwi można wykazać zwiększoną ilość ciał ketonowych.

W końcu nie można pominąć i tej okoliczności, że głodzenie chorej przed operacją może mieć niepośledni wpływ na przemianę materji w czasie po operacji.

III.

Wpływ kwasoty głodowej i ocena kwasoty pooperacyjnej. U 28 chorych przeprowadzono doświadczenia w ten sposób, że przed operacją głodzono je i czyszczono, przez co wywoływano kwasotę głodową, aby móc badać jej wpływ na zaburzenia przemiany materji po operacji. W przeciwieństwie do pierwszych doświadczeń z choremi nie głodzonemi nie występowały zmiany zasobu zasad i w stężeniu jonów wodorowych. Natomiast stwierdzono znaczne zwiększenie się ilości cukru, bo aż do 300%, jako też ketonów. Nie zwiększa się także zawartość amonjaku we krwi, natomiast obfitsze jest wydzielanie go w moczu. I tutaj badanie wykazywało ilości znacznie wyższe, aniżeli u chorych nie głodzonych. Kwasota głodowa powoduje zatem wzmożoną produkcję amonjaku. Wyniki tych badań dowodzą więc, że forsowne przygotowania chorych przed operacją przez głodzenie i czyszczenie odbija się niekorzystnie na przemianie materji w czasie po operacji *(Ketonaemia,* a zwłaszcza *Hyperglykaemia).* Dotychczasowe leczenie kwasoty pooperacyjnej albo jest bezskuteczne (dwuwęglan sody nie wywiera wpływu na zasadniczą przyczynę kwasoty), albo nawet szkodliwe (cukier gronowy zwiększa hiperglikemję). Stan chorej po operacji dobry, czy zły jest zupełnie niezależny od stopnia kwasoty krwi po operacji. Nawet przypadki autorów, które zakończyły się śmiercią, nie wykazywały żadnego związku z zaburzeniami przemiany materji po operacji.

Z badań owych wysnuwają autorowie następujące praktyczne wskazówki co do przygotowania chorych do operacji i leczenia pooperacyjnego.

Przed operacją należy chorą jak najwięcej oszczędzać. Do wieczora przed dniem operacji winna chora otrzymywać posiłek. Jednorazowa lewatywa dla opróżnienia przewodu pokarmowego jest wystarczająca. W ten sposób odpada wzmożenie się kwasoty pooperacyjnej przez następstwa ewentualnej kwasoty głodowej. Pierwszy dzień po operacji należy chorą pozostawić w zupełnym spokoju, drugiego dnia należy spowodować wypróżnienie. Jeżeli w międzyczasie wystąpią zaburzenia ze strony serca lub narządu krążenia, należy stosować odpowiednie środki, lecz stanowczo należy zaniechać podawania cukru gronowego, aby nie zwiększać hiperglikemji pooperacyjnej, na którą zresztą nawet insulina żadnego wpływu nie jest w stanie wywrzeć. Rzecz naturalna, że powikłania ze strony płuc lub ewentualne zakażenie wymagają odpowiedniego leczenia. Kwasocie pooperacyjnej nie należy przypisywać większego znaczenia. Jest rzeczą bowiem pewną, że organizm sam jest w stanie wyrównać wszelkie zaburzenia przemiany materji, o ile one wystąpią po operacji. Przebieg pooperacyjny nie zależy od tych zaburzeń i one też wcale nie wywierają wpływu niekorzystnego na ostateczny wynik operacji.

N a i d i t s c h. *W sprawie topografji i morfologji elementów nerwowych w macicy kobiety.* Badania autora wykazują, co następuje:

Unerwienie macicy odpowiada zupełnie typowi unerwienia innych organów, zbudowanych z włókien mięśni gładkich i gruczołów, a mianowicie:

a) splot zewnętrzny, znajdujący się w tkance łącznej przymacicznej, uważać można za bezpośredni dalszy ciąg splotu podbrzusznego, analogicznie do splotów przykręgowych;

b) splot wewnętrzny (śródścienny), który znajduje się na samym mięśniu macicy i wchodzi w powierzchowne warstwy mięśnia macicy, analogicznie odpowiada innym splotom śródściennym (serce). Zwoje tego splotu znajdują się wyłącznie w obrębie szyi macicy i nie przekraczają od przodu wysokości zaułka pęcherzowo-macicznego, a od tyłu miejsca zagięcia się otrzewny między macicą a odbytnicą.

Tak splot zewnętrzny, jak i śródścienny, najsilniej rozwinięte są po obu bokach macicy. Co się tyczy budowy histologicznej, to tak jeden, jak i drugi splot nie tworzą jednolitego zwoju, jak przyjmował F r a n k e n h ä u s e r, lecz cały kompleks większych i mniejszych zwojów, które połączone są z sobą zapomocą licznych anastomoz.

Komórki nerwowe obu splotów przedstawiają typowe komórki układu nerwowego, autonomicznego. Widać w nich większą ilość silnie rozwiniętych i bardzo rozgałęzionych dendrytów. Znaczna ilość dendrytów i ich silne rozgałęzienia są cechą charakterystyczną dla komórek nerwowych współczulnych u człowieka.

Zwoje macicy noworodków ludzkich składają się z dużej ilości całkiem małych komórek nerwowych, które przypominają komórki nerwowe embrjonalne, a nawet neuroblasty. Między temi komórkami znajdują się różne postacie przejściowe, aż do dużych, dobrze rozwiniętych komórek nerwowych.

W ścianie mięśnia macicznego, jakoteż w jej błonie śluzowej nie znaleźli autorowie żadnych komórek zwojowych.

L e v i t. *W sprawie dobrotliwych włókniaków jajnika.* Histogeneza włókniaków jajnika nie jest dotychczas dostatecznie zbadana. Włókniak taki może powstać ze ściany pęcherzyka G r a a f a, włóknisto zwyrodniałej, albo też z tkanki podścieliskowej jajnika pod wpływem zapalenia. Klinicznie włókniak jajnika nie daje żadnego stałego obrazu chorobowego i dlatego rozpoznanie go jest nadzwyczaj trudne. W 50% przypadków obok guza istnieje puchlina brzuszna. Rokowanie w przeważającej liczbie jest pomyślne.

G r a n z o w. *W sprawie fizjologji porównawczej przebiegu porodu. (Badania rentgenologiczno-anatomiczne nad miednicą świnek morskich).* U świnki morskiej istnieje absolutny niestosunek pomiędzy wielkością płodu donoszonego, a przekrojem poprzecznym pierścienia miednicy. Poród płodów donoszonych umożliwia to, że w czasie ciąży, a zwłaszcza pod koniec jej, miednica się rozszerza przez to, że połączenie kości spojenia łonowego, a w mniejszej mierze również i krzyżowo-biodrowych ulega znacznemu rozluźnieniu. Spojenie łonowe w czasie porodu rozszerza się do 2—2,5 cm podczas gdy poza ciążą przedstawia ono szczelinę szeroką zaledwie na kilka milimetrów. Sprawę tę ilustruje autor licznemi obrazami rentgenologicznemi w czasie porodu i poza ciążą, a nadto preparatami histologicznemi z poprzecznych przekrojów miednicy.

Co się tyczy mechanizmu porodowego u królic, to jest rzeczą bardzo charakterystyczną, że wszystkie płody rodzą się główką i że własnemi ruchami ustawiają się w położenie główkowe. Dzieje się to nawet w położeniach pośladkowych, kiedy mogłyby i w ten sposób się urodzić.

O f f e r g e l d. *Zbiór objawów mesodermalno-astenicznych u kobiety.* Za najważniejszy z powyższych objawów uważać należy żylaki. Powstają one nierzadko i w żyłach miednicy w zakresie żyły macicznej i nasiennej i mogą powodować bóle w czasie *coitus.* Co do przyczyn powstawania żylaków, to ani czynniki mechaniczne, ani chemiczne nie wyjaśniają ich dostatecznie, o ile nie uwzględni się przy tem konstytucji. Badania u mężczyzn dowiodły, że żylaki powstają tylko wśród pewnych warunków (nieprawidłowości także w innych częściach aparatu łącznotkankowego) i że nie przedstawiają one jakiegoś schorzenia przypadkowego, lecz dowodzą istnienia pewnego, określonego typu konstytucyjnego. U kobiet w 30—70% przypadków występują żylaki jako częściowy wyraz astenji, której objawami są również opadnięcie trzew i wypadanie macicy. To ostatnie cierpienie występuje często u kobiet tłustych i barczystych. Niezaprzeczenie istnieje pewien związek pomiędzy żylakami, a przepuklinami. Jeżeli przepukliny spotyka się rzadziej u kobiet, to pochodzi to stąd, że u kobiet urazy zawodowe rzadziej działają, aniżeli u mężczyzn. Żylaki uważać należy za schorzenie powstałe ze zużycia, podobnie jak stwardnienie tętnic. Oba cierpienia często występują równocześnie. Oprócz konstytucji, którą uważać należy za przyczynę powstawania pewnego osłabienia tkanek, przyjąć należy w powstawaniu żylaków pewną

miejscową, mniejszą wartościowość tkanek. U kobiet wchodzi w grę ponadto pewien szkodliwy czynnik, prawdopodobnie natury koloidowo-chemicznej, a mianowicie ciąża, która spowodować może zmiany w tkankach, często zanim zadziałają czynniki mechaniczne.

Pfannmüller. *Przyczynek do rozcięcia spojenia łonowego.* Uwagi krytyczne o 73 przypadkach rozcięcia spojenia łonowego. Na podstawie doświadczenia odrzuca autor ten zabieg u pierwiastek. Stałe rozszerzenie miednicy przydarza się bardzo rzadko. Ponieważ celem zabiegu jest poród siłami natury, więc odrzuca go również w położeniach poprzecznych. U 28 rodzących, mimo dłuższego czekania, zmuszony był autor założyć później kleszcze. Tylko 1/3 część rodzących rodzi siłami natury po rozcięciu spojenia. W jednym przypadku z powodu dużego krwiaka warg sromowych musiał ukończyć poród przy pomocy cięcia cesarskiego. W 35 przypadkach powikłania i to dość poważne. 5 razy przetoka pęcherzowo-pochwowa, dwie chore zginęły z powodu skrwawienia się, u 8 pozostał po zabiegu chód kaczkowaty. 7 dzieci urodziło się nieżywych. Sądzi, że wskazania do zabiegu są niejasne. Zdaniem jego nadają się do tego zabiegu tylko wieloródki z dobrze podatnemi częściami miękkiemi o miednicy płaskiej, krzywiczej i to tylko wówczas, jeśli bóle są dobre i niestosunek porodowy nie zbyt wielki.

T. 141. z. 1.

Fels. *Mechanizm działania hormonu przedniego płatu przysadki mózgowej.* Z badań autora, przeprowadzonych na 18 szczurach z prolanem, wynika, że u młodych zwierząt w celu wywołania rui przy pomocy hormonu przedniego płata przysadki nie jest wymagana obecność jajników aż do wystąpienia rui. Jajniki można usunąć już w 30 godzin po aplikacji inkretu bez szkody i wpływu na przebieg rui.

W czasie od 30 do 50 godzin po zaaplikowaniu hormonu przedniego płata przysadki, pomimo wystąpienia następnie rui, nie można jeszcze drobnowidowo wykazać żadnego dowodu czynności jajnika.

Zmiany histologiczne w jajniku, wywołane hormonem przedniego płata przysadki, występują dopiero później.

Jeżeli się jajniki usunie przed upływem 30 godzin, nie wystąpi ruja. Dla ostatecznego wyniku jest rzeczą obojętną, czy młodociane jajniki z powrotem się wszczepi, czy też nie, ponieważ wszczepiony gruczoł nie posiada już zdolności dalszego rozwoju w sensie rozwinięcia swej czynności. Dalszy rozwój jajnika zależy bowiem od dostatecznego zaopatrzenia go w krew, co w prawidłowych warunkach uskuteczniają naczynia nasienne i krezki macicy.

Fels. *Dalsze badania nad wymianą hormonów płciowych w parabiozie.* Doświadczenia autora, przeprowadzone na szczurach, dowodzą słuszności zapatrywania Fraenkla co do czynności ciałka żółtego w ciąży. Zabieg operacyjny, którego technikę opisuje, wykonał autor u 8 par szczurów, z których zawsze jedno zwierzę było ciężarne. Były to ciąże przeważnie świeże, kilkudniowe, lecz rozpoznane już makroskopowo, niektóre zwierzęta były już w połowie ciąży. 7 razy transplantował jeden raz oba jajniki zwierząt nieciężarnych po stwierdzeniu, że ciałka żółte były dobrze rozwinięte. 3 razy już w pierwszych dniach po operacyjnem połączeniu zwierząt wystąpiło poronienie, rozpoznane na podstawie krwawienia z pochwy, tak że te przypadki odpadają. W 5-ciu pozostałych przypadkach ciąża rozwijała się dalej. Z tych w dwóch przypadkach w 3 dni po operacji, a w trzech 4-go dnia po operacji usuwał drogą laparotomji ciałka żółte zwierzęcia ciężarnego. Wyjątkowo w 2 dni po tym zabiegu następowało poronienie.

Wynika więc z tego, że nawet transplantowany jajnik partnera parabiotycznego nie jest zdolny utrzymać ciąży towarzysza ciężarnego, jeśli u tego ostatniego usunięto ciałka żółte.

Wniosek ten przyjąć należy z pewnemi zastrzeżeniami. Może bowiem sam zabieg, a mianowicie druga laparotomja, wywołać poronienie, podobnie jak to miało miejsce w 3 przypadkach zaraz po pierwszym zabiegu. Nasuwa się nadto myśl czy transplantowany jajnik nie będzie w stanie utrzymać ciąży.

W tym celu przeprowadził autor dalsze doświadczenia u 18 szczurów. Postępował zaś w ten sposób, że łączył zawsze kastrowaną samicę szczura z normalną samicą i równocześnie transplantował jeden lub oba jajniki samicy niekastrowanej do jamy brzusznej samicy kastrowanej. Doświadczenie to wykonał 8 razy u zwierząt starszych, 10 razy u młodocianych. Zwierzęta starsze żyły po zabiegu od 11—18 dni, młodociane ginęły wcześniej, jedno tylko żyło 7 dni.

Z protokołów, które autor przytacza i z całej obserwacji odnośnie do czasu wystąpienia rui u poszczególnych zwierząt wynika, że nawet po transplantacji jednego lub obu jajników brakujący hormon jajnika u zwierzęcia skastrowanego nie może być zastąpiony. Inkret dostarczony przez jajniki transplantowane wychodzi na korzyść tylko zwierzęcia, które te jajniki posiadało, tak jakby przemieszczenie jajników zupełnie nie miało miejsca. Co więcej, w jajnikach tych występują wszystkie te zmiany, które, jak wiemy z doświadczeń, mają miejsce przy parabiozie ze zwierzęciem kastrowanem, jak powiększenie jajnika, tworzenie się torbieli folikularnych, tkanki luteinowej, a więc zmiany, które wywołuje hormon przedniego płata przysadki kastrata.

Ponieważ przy parabiozie często ruja zanika, a prolan może ją wywołać u zwierzęcia, które posiada jajniki, poczynił autor doświadczenia z tym środkiem i przekonał się, że jest rzeczą zupełnie obojętną, któremu zwierzęciu wstrzykuje się hormon przedniego płata przysadki mózgowej, czy kastrowanemu, któremu przetransplantowano jajniki partnera, czy też temu, z którego jajniki transplantowano. Ruja występowała zawsze u tego zwierzęcia, do którego pierwotnie należały jajniki transplantowane, dowód oczywisty, że jajniki nawet po przemieszczeniu czynne są dalej tylko w ustroju zwierzęcia, do którego należały.

Przyczyny tego dopatrywać się należy w unaczynieniu jajników, co autor w tekście obszernie omawia.

Dowodzą zatem powyższe doświadczenia, że w parabiozie jest rzeczą niemożliwą, aby brakujący hormon płciowy u zwierzęcia kastrowanego mógł być zastąpiony przez jego partnera. Nie jest to możliwe nawet wówczas, jeśli się przemieści jajniki jednego zwierzęcia całkowicie do organizmu zwierzęcia drugiego. Ponadto doświadczenia te potwierdzają zapatrywanie autora w sprawie zastępczego działania ciałka żółtego ciąży w parabiozie. Sądził on bowiem, że tylko z wielkiem prawdopodobieństwem, a nie pewnie możemy przyjąć iż przerwanie ciąży nie może mieć żadnej innej przyczyny, jak tylko niemożność transplantowanych jajników utrzymania ciąży. Z doświadczeń na zwierzętach nieciężarnych wynika bezsprzecznie, że u zwierzęcia, któremu transplantowano jajniki, istnieje rzeczywiście ta niedomoga hormonalna. Wobec tego zupełnie jest niemożliwe utrzymać młodą ciążę w parabiozie u zwierzęcia, któremu usunięto jajniki albo tylko ciałka żółte. Możliwe to będzie wówczas dopiero jeśli poznamy właściwy hormon ciałka żółtego, który umożliwi nam leczenie zastępcze. Autor właśnie w tym kierunku prowadzi dalsze doświadczenia wspólnie z chemikiem Slotta, opierając się przytem na pomyślnych wynikach doświadczeń Allena i Cornera.

Gutman. *Badania nad hormonem przedniego płata przysadki mózgowej u zwierząt ssących, ciężarnych.* Celem doświadczeń autora było przekonanie się, czy wogóle łożysko zwierząt ssących zawiera hormon przedniego płata przysadki mózgowej bez względu na to, czy hormon ten w łożysku jest produkowany, czy też tylko deponowany.

Do badania używał tylko młodych ciężarnych krów, świń, owiec i świnek morskich. Wszystko przygotowywano zawsze w świeżym stanie. Jako probierz służyły młodociane myszki o wadze przeciętnie 6—8 g, którym implantowano przeznaczone do badań tkanki w udo. Zawsze badano błonę doczesną, łożysko i błony, ewentualnie nawet wody płodowe na zawartość hormonu. Dnia 4-go lub 5-go zabijano myszki i badano dokładnie narząd rodny, czy okazuje typowe zmiany podane przez Zondeka i Aschheima jako właściwe dla działania inkretu przedniego płata przysadki mózgowej, a więc powiększenia folikułów, albo też krwawienie, które makroskopowo widać jako punkty krwawe na jajniku, a nadto powiększenie macicy i zrogowacenie nabłonka pochwy, jak w okresie rui. Z uwagi na okoliczność, że indywidualna wrażliwość na odczyn u myszek młodocianych waha się znacznie, za każdym razem przeprowadzono kilka, aż do 10 analogicznych badań, aby być pewnym ścisłości wyników.

Ze wszystkich tych doświadczeń, jako rzecz najważniejszą wynika że jest rzeczą niemożliwą przy pomocy myszek wykazać u wspomnianych zwierząt inkret przedniego płatu przysadki mózgowej, który to inkret znajduje się zawsze w łożysku ludzkiem. Przyjąć więc należy wobec tego, że inkretu tego niema w badanych narządach tych zwierząt.

Ten wynik badań nie zadziwi, jeśli się uwzględni, że i odnośnie do właściwego kobiecego inkretu płciowego t. j. hormonu jajnikowego stosunki u kobiety absolutnie są inne, jak u zwierząt. Wprawdzie hormon jajnikowy jako taki u kobiety i zwierząt jest identyczny, lecz deponowanie jego zupełnie inne. Autor wykazał dawniej, że hormon ten nie znajduje się w ciałku żółtem, ani w łożysku zwierząt choć u kobiety stale tam się znajduje. Dlatego spodziewać się należało, że i odnośnie do inkretu przedniego płata przysadki również inne warunki istnieją w organiźmie zwierzęcym, jak ludzkim.

Nasuwa się zatem z koniecznością pytanie, w którem miejscu organizmu ciężarnego zwierzęcia poza przysadką inkret ten się lokalizuje? W łożysku go niema, ani też tam nie jest on produkowany. Zondekowi np. nie udało się nigdy wykazać tego inkretu w moczu lub krwi zwierząt. Właściwa tkanka przedniego płata

przysadki zwierząt w doświadczeniach biologicznych na myszkach młodocianych działa zupełnie identycznie, jak ta sama tkanka kobiet, co przemawia za tem, że inkret przysadki kobiecej jest identyczny z inkretem u zwierząt. Tu jednak kończy się ta zgodność i jednomyślność, gdyż ani w moczu, ani we krwi, ani w łożysku, w którem u kobiety inkret ten jest deponowany, a nadto produkowany, u zwierząt hormonu tego nie udało się wykazać.

W sprawie tej należy zauważyć, co następuje. W doświadczeniach powyższych eksperymentowało się z t. zw. hormonem przedniego płatu przysadki mózgowej. Zrozumiałą jest rzeczą, że może tu być mowa tylko o tych ciałach przedniego płata przysadki, które działają na narząd rodny. Wiemy, że produkt przedniego płata przysadki składa się z kilku biologicznie może zupełnie różnie działających składników. I tak według Aschheima oprócz składników działających na narząd rodny (których działanie widać na jajnikach młodocianych myszek), istnieje jeden ogólny inkret wywierający wpływ na wzrost.

Jeżeli więc powyższe doświadczenia autora wykazały, że dla składników przedniego płata przysadki mózgowej, działających na narząd rodny, istnieją u zwierząt zupełnie inne stosunki, jak u kobiety i że grać tu muszą rolę inne jeszcze czynniki, bliżej nam dotąd nieznane, to jednak doświadczenia te nic nie mówią jeszcze o pozostałym składniku przysadki, którym może być np. wspomniany hormon kierujący wzrostem. Być może, że i tego składnika nie zawiera łożysko zwierząt, lecz tego nie można wykazać dotychczasowemi sposobami badań. Zadowolnić się zatem musimy dotychczas stwierdzonemi faktami, wykazującemi, że tak jak hormon jajnika w organiźmie zwierząt ssących zupełnie inaczej jest rozdzielony, jak u kobiety, tak samo też co do inkretu przedniego płatu przysadki mózgowej w organiźmie zwierząt istnieją zupełnie inne i zasadniczo różne stosunki, jak u człowieka.

K. B. Lwów.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Sprawozdanie z IV-go Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Zakopanem od 20. IX. do 22. IX. 1931 r.

Dokończenie.

III-ci dzień obrad.

22. września Kol. J. Żychoń (Zakopane), wygłosił referat na III temat ogólny: *„O Zakopanem, jako miejscowości klimatyczno-leczniczej"*.

Po entuzjazmie gór, jako rzekomo koniecznego warunku leczenia gruźlicy płuc, powstała rewizja poglądów. Dunin, Alfred Sokołowski, Szreder głoszą, że leczenie suchotników na naszych równinach jest zupełnie możliwe. Nie ulega jednak wątpliwości, że są klimaty szczególnie nadające się do leczenia gruźlicy, że jednym z nich jest bezspornie klimat górski i że otrzymane wyniki w górskich klimatach są trwalsze od wyników innych miejscowości. Dla Polski, która jest krajem typowo-nizinnym, Zakopane leżące na wysokości 834 m. n. p. m. będzie dostatecznym górskim bodźcem leczniczym. Cechami klimatu górskiego są: 1) małe ciśnienie atmosferyczne, 2) niższa ciepłota, 3) znaczne nasilenie promieni słonecznych i światła słonecznego; 4) suchość powietrza i jego większa przejrzystość; 5) pogodne niebo; 6) opady częstsze; 7) powietrze mniej spokojne latem, więcej zimą; 8) mniej pyłu w powietrzu, a zatem względna jego aseptyczność; 9) zwiększona ilość ozonu; 10) znaczne napięcie elektryczne i 11) grunt suchy przepuszczalny.

Ujemnemi właściwościami są zaostrzenie się różnic temperatury dnia i nocy; występowanie silnych wiatrów, towarzyszących przy zmianie wilgotności. W Zakopanem jest insolacja o 7% wyższa, aniżeli w Warszawie. Pod wpływem klimatu górskiego zwiększa się ilość ciałek krwi, rozszerzają się naczynia krwionośne w skórze, wielkość oddechu zwiększa się, zużycie tlenu i wydalanie bezwodnika kwasu węglowego jest większe w górach, łaknienie wzmaga się.

Wskazania do leczenia w klimacie wysoko-górskim są następujące: choroby krwi, schorzenie serca, wymagające pewnej gimnastyki mięśnia sercowego, a najważniejsze — choroby płucne. Obawa przed krwiopluciem i krwotokami w górach jest nieuzasadniona. Zmiany nerkowe gruźlicze, jak i zwykle wszelkie schorzenia nerkowe nie nadają się do leczenia w górach. Należy silnie podkreślić nadzwyczaj dodatnie wyniki, osiągnięte u słabowitych — obciążonych dziedzicznie, a więc „zagrożonej młodzieży".

Najkorzystniejszą klimatycznie miejscowością w Zakopanem jest Gubałówka, przeznaczona na dzielnicę sanatorjalną. Nie tak dobre warunki klimatyczne jak Gubałówka, ale lepsze jak samo Zakopane, posiada Krzeptówka, Busidówka, Żywczańskie, zbocza Antałówki i zachodnia krawędź Bystrego.

Z powojennym wzrostem wychowania fizycznego i sportowego, część społeczeństwa pragnie widzieć w Zakopanem najwybitniejszy w Polsce ośrodek jedynie swoich poczynań, usuwając jego leczniczy charakter na plan drugi. W 1924 roku lekarze zakopiańscy musieli wysłać do Władz Centralnych memorjał, by nie usuwano z Zakopanego chorych, bo takie właśnie wydano zarządzenie. I teraz jeszcze cała sprawa pozostaje w zawieszeniu, jednakże już czas by się raz wreszcie zdecydować i głośno powiedzieć, że Zakopane jest uzdrowiskiem i to przeznaczonem przedewszystkiem dla leczenia gruźlików.

Następnie na IV-ty temat społeczny: *Ubezpieczenia społeczne, a gruźlica"* wygłosili referaty kol. Cz. Wroczyński, kol. J. Babecki i kol. Gaston Poix (Paryż).

Kol. Poix wygłosił referat pod tyt.: *Rola ubezpieczeń społecznych we Francji w walce z gruźlicą;* referuje o sposobach zwalczania gruźlicy we Francji; najważniejszą rolę odgrywają poradnie; Kasy Chorych płacą towarzystwom przeciwgruźliczym 1 franka od każdego ubezpieczonego. W poradniach stosują nietylko uzupełnianie odmy, lecz niejednokrotnie stosują również zakładanie odmy choremu po raz pierwszy.

Kol. C. Wroczyński (Warszawa) — w pierwszej części referatu przedstawił rozwój historyczny ubezpieczeń społecznych, początek których datuje się od XV. wieku, na Śląsku; ubezpieczenia społeczne rozwinęły się w Niemczech za czasów Bismarcka. O walce społecznej z gruźlicą i o środkach zapobiegania mamy wzmianki w czasach najbardziej odległych, gdyż wspomina się o nich już w Biblji. W średniowieczu spotykamy się z edyktami wydanemi w Neapolu, Luce, Toskanji, zawierającemi dokładne przepisy zwalczania gruźlicy; niewiele się one różnią od naszych współczesnych. Cała akcja przeciwgruźlicza w ciągu szeregu wieków była dziełem umysłów lekarskich. U nas walka z gruźlicą wzmogła się wraz ze wzrostem prawodawstwa o ubezpieczeniach społecznych; do tych ustaw włączyć należy nietylko ubezpieczenia na wypadek choroby, lecz również projekt ustawy o ubezpieczeniach na wypadek niezdolności do pracy, ubezpieczenia od starości, ubezpieczenia pracowników umysłowych, prywatnych i urzędników państwowych. O rozwoju ubezpieczeń na wypadek choroby świadczą liczby z 1928 r., mianowicie: do Kas Chorych należało w 287 Kasach 2.000.000 ubezpieczonych i 3.800.000 członków rodzin, czyli 6-ta część ludności Polski. Dochody Kas Chorych wynosiły 250.000.000, a jedną trzecią część dochodów pochłaniały wydatki na walkę z gruźlicą. Pomimo tych stosunkowo dużych wydatków, walkę z gruźlicą nie można uznać za wystarczającą, gdyż do walki z nią należy zmobilizować całe społeczeństwo, wszystkie instytucje społeczne, mające na celu zapobieganie chorobom społecznym. Akcja winna być celowo oszczędna i skoordynowana. Znaczny postęp w tej sprawie datuje się od 1929 roku, kiedy to Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wydało okólnik o zalecaniu Kasom Chorych współpracy z innemi organizacjami; na tę drogę szereg Kas Chorych wkroczył, a w pierwszym rzędzie Kasy Chorych w Łodzi i we Lwowie.

Zjawisko podobne widzimy w innych państwach europejskich, jak naprzykład we Włoszech, gdzie po wojnie wydano ustawę przeciwgruźliczą; doprowadzono ilość łóżek dla chorych gruźliczych do 24.000, a budżet wydatków na akcję zwalczania gruźlicy przewiduje wpływów 300.000.000 lirów.

W naszych warunkach ekonomicznych nie można się spodziewać, żeby państwo asygnowało duże sumy na walkę z gruźlicą, to też Kasy chorych u nas, jako instytucje zasobne w środki pieniężne, mogą odegrać dużą rolę i zmuszone będą do wykonywania czynności, wchodzących w zakres działania państwowej i samorządowej służby zdrowia. Na zakończenie referatu prelegent proponuje wniosek, by w jak najszybszym czasie wydana została ustawa przeciwgruźlicza, któraby obejmowała całokształt akcji przeciwgruźliczej, upublicznionej w jak najszerszym zakresie.

Kol. J. Babecki (Warszawa) przemawiał, jako przedstawiciel Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych. Stwierdza nadmierny rozrost Poradni i pracy poradnianej; niejednokrotnie chory jest badany kilka razy, opisany w wywiadzie i na tem ogranicza się praca Poradni, gdyż chory nie może otrzymać miejsca ani w szpitalu, ani w sanatorjum.

Ustawowo Kasy Chorych obowiązane są do leczenia, jednakże w zrozumieniu celowości akcji profilaktycznej w chorobach społecznych, Kasy Chorych rozpoczęły zgodnie z okólnikiem z 1929 r. p. Ministra Pracy i Opieki Społ., szeroko pomyślaną działalność zapobiegawczą. Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych gorąco popiera dążenia do rozwoju akcji zapobiegawczej ze strony Kas Chorych wraz z innemi organizacjami państwowemi, samorządowemi i organizacjami o charakterze prywatno-społecznym.

Jako uzupełnienie dotychczasowych metod zapobiegawczo-leczniczych, referent proponuje powołanie do życia Kolonji dla chorych gruźliczych. Kolonje te powinny powstawać w pobliżu dużych miast, w miejscowości zdrowotnej i obejmować sanatorja dla ciężko chorych, dla lekko chorych, dla ozdrowieńców, kolonje mieszkalne, kolonje pracy, gdzieby uzdrowieńcy mogli zarabiać na swoje utrzymanie, a także sanatorja dzienne i nocne.

Dyskusja po odczytach w III-cim dniu.

Kol. Węgrzynowski. Przemówienie kol. Babeckiego, jako wyraz opinji Ogólno-Państwowego Zw. Kas Chorych zrobiło na nim duże wrażenie; optymizm kol. Babeckiego imponuje mu, ale obawia się, żeby to wszystko nie było mirażem. Wykonanie planu zależy od warunków ekonomicznych, a te nie są doskonałe. Cenne jest przyznanie, że Kasy Chorych nie mogą sobie dać rady same w walce z gruźlicą i że będą dążyć do współpracy z innemi organizacjami; że już urzeczywistnione formy współpracy w Łodzi, we Lwowie będą wzorem dla innych Kas Chorych. Następnie krytykuje niecelową rozrzutność Kas Chorych, które kosztem wielu miljonów budują ambulatorja-pałace, jak w Zakopanem, Lwowie i innych miastach.

Kol. Bross. Referat kol. Babeckiego jest punktem zwrotnym w działalności Kas Chorych, ale sądzi, że w planie organizacji władz naczelnych do walki z gruźlicą uwzględniono przeważnie przedstawicieli rzadu, a za małe przedstawicielstwo ma społeczeństwo. W walce z gruźlicą osiągniemy pozytywne wyniki, gdy zmobilizujemy całe społeczeństwo.

Kol. Misiewiczówna — nie zgadza się z poglądem kol. Babeckiego na poradnie; nie sądzi, żeby poradni było za dużo, należy tylko podnieść poziom poradni i odpowiednio je uposażyć.

Kol. H. Karwowski — zwraca uwagę, że rząd zwraca dla urzędników państwowych 70% kosztów za prześwietlenie, a nie uwzględnia zdjęć, które są często konieczne dla ustalenia rozpoznania. Każda pracownia rentgenologiczna w sanatorjach powinna wydawać pacjentom odbitki zdjęć.

Kol. Orzechowski (Warszawa) nie może podzielać poglądów kol. Dąbrowskiego, któryby wszystko chciał wziąć pod swoją opiekę i poradnie i oddziały szpitalne; zaborczość taka nie jest celowa. Kasy Chorych szumnie zapowiedziały rozpoczęcie i poprowadzenie akcji zapobiegawczej, choć Kasy Chorych są jedynemi instytucjami, które mają miljony, lecz jest to niewystarczające. Akcję zapobiegawczą powinny prowadzić samorządy.

Projektu kol. Babeckiego za celowy uważać nie można.

Kol. Skokowska — wraca do zagadnienia stworzenia typu poradni; w projekcie ustawy przeciwgruźliczej przewidziany jest typ poradni według wzorów edynburskich, t. j. poradnia Philipa i Calmette'a; trudno jej zrozumieć kol. Węgrzynowskiego, który odróżnia poradnię od przychodni; nie może się zgodzić z krytyką poradni, bo tych poradni nie mamy za dużo, należy jedynie dążyć do jednoczesnego powiększenia łóżek w szpitalach i sanatorjach.

Kol. Sobieniecki (Baranowicze) — informuje, że w województwie Nowogrodzkiem niema ani jednego łóżka dla gruźlicy, a chorych ciężkich jest pokaźna ilość; przynajmniej 80% chorych nie może się leczyć na koszt własny. Wobec braku miejsc w szpitalach i braku środków poradnie muszą leczyć chorych. Utworzenie choć jednego szpitala dla gruźlików w województwie Nowogrodzkiem byłoby celowe. Koszty utrzymania poradni wynoszą 54.000 rocznie.

Kol. Danielski — uważa za słuszne zarzuty, że Kasy Chorych nie są w stanie podołać zadaniom profilaktycznym, konieczna jest wobec tego koordynacja działalności organizacyj społecznych.

Kol. Świder (Pabianice) — stwierdza wśród lekarzy praktyków brak znajomości najnowszych zdobyczy ftizjologji.

Kol. Wieszeniewski — współpracę Kas Chorych z innemi organizacjami społecznemi uważa za bardzo pożądaną.

Kol. Hibl — zwraca uwagę na konieczność wzmożenia propagandy przeciwgruźliczej; zasięg działalności poradni należy rozszerzyć, aby sięgały do jak najdalszych zakątków; należałoby również zapomocą lekarzy szkolnych szerzyć wiadomości o gruźlicy wśród młodzieży.

Kol. Węgrzynowski — wyjaśnia, jaka istnieje różnica pomiędzy poradnią a przychodnią.

Kol. Ryder (Będzin) — popiera wniosek kol. Babeckiego, aby Kasy Chorych dążyły do wspólnej i skoordynowanej akcji profilaktycznej.

Kol. Stypułkowski (Warszawa) — mówi o typie lekarza poradnianego; lekarz poradni winien stać bardzo wysoko, a wtedy jego opinja będzie mieć znaczenie. Spadek śmiertelności od gruźlicy w Warszawie od 1925 r. objaśnia rozwojem działalności poradni.

Kol. Bross — podkreśla znaczenie lekarza praktyka; od należytego dokształcania lekarza praktyka zależy dalszy pomyślny rozwój walki z gruźlicą.

Na zakończenie Zjazdu Kol. prof. Gantkowski (Poznań) wygłosił przepiękne przemówienie, w którem ocenił zasługi „senjora polskich ftizjologów", Kol. Seweryna Sterlinga w akcji zwalczania gruźlicy. W zakończeniu Przewodniczący podziękował w imieniu Zjazdu Komitetowi organizacyjnemu z Prezesem, Kol. J. Żychoniem na czele za znakomite zorganizowanie Zjazdu i wszystkim członkom Komitetu za pracę w czasie odbywania się zebrań, zwiedzań, zabaw.

O godzinie 4-ej w sanatorjum wojskowem im. Marszałka Piłsudskiego, dawniej Małżonków Dłuskich, odbyła się uroczystość odsłonięcia popiersia ś. p. Dra Kazimierza Dłuskiego, dzieło p. prof. Nitschowej. Przemówienia wygłosili Koledzy Sew. Sterling, Rudzki, Czaplicki i Komedant sanatorjum.

Po przemówieniach licznie zebrani uczestnicy zwiedzali sanatorjum, podziwiając urządzenie zakładu i zebrane tam liczne dzieła sztuki zakopiańskiej, jak to: kapliczka, bibljoteka, czytelnia i poczekalnie.

Rezolucje IV. Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Zakopanem w dniach 20—22 września 1931 r.

1) IV. Zjazd Przeciwgruźliczy zwraca się z gorącem wezwaniem do Rządu Rzeczypospolitej, aby w okresie przeżywanego bezrobocia, związanej z nim nędzy, a w następstwie tego — groźnego szerzenia się gruźlicy, nie redukował sum, przeznaczonych na akcję przeciwgruźliczą, oraz do całego społeczeństwa polskiego, aby w tym krytycznym momencie zechciało nie zmniejszać swej ofiarności na cele walki z gruźlicą, tą największą klęską społeczną.

2) Wobec istniejących warunków ekonomicznych kraju i spowodowanego tem niedostatecznego wyzyskiwania łóżek posiadanych w sanatorjach społecznych, IV. Zjazd ostrzega przed tworzeniem luksusowych sanatorjów, a zwłaszcza t. zw. pseudo-sanatorjów. Natomiast wyraża przekonanie, że najbardziej celowem jest urządzanie sanatorjów i szpitali-sanatorjów z możliwie niską opłatą.

3) Zjazd wzywa wszystkie instytucje rządowe, samorządowe, społeczne oraz zakłady ubezpieczeń społecznych do jak najrychlejszego zcalenia dotychczas przez siebie prowadzonej akcji przeciwgruźliczej w łonie istniejących terytorjalnych towarzystw przeciwgruźliczych, zrzeszonych w Polskim Związku Przeciwgruźliczym. Jako wzór scalonej akcji może służyć organizacja Naczelnej Rady Walki z Gruźlicą w Łodzi.

4) Zjazd uważa za celowe organizowanie specjalnych zakładów dla gruźliczo-chorych wspólnemi siłami wszystkich instytucyj, biorących udział w walce z gruźlicą. Zakłady przeznaczone dla chorych niebezpiecznych dla otoczenia, wymagających dłuższej kuracji, powinny dawać im możność fachowego przekształcania się do zawodów odpowiednich do ich stanu zdrowia.

5) Zjazd zwraca się z prośbą do Władz Rządowych, aby w możliwie krótkim czasie został zrealizowany projekt Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, dotyczący budowy gimnazjum o charakterze ściśle sanatoryjnym, w klimacie górskim, uważając dotychczasowy brak takiego zakładu za poważną lukę na froncie walki z gruźlicą w Polsce.

6) Celem ustalenia nazw zakładów leczniczych o typie społecznym IV. Zjazd uchwala:

a) Pod nazwą „Sanatorjum dla chorych na gruźlicę" rozumieć należy zakład leczniczy, pod odpowiedniem fachowem kierownictwem, dający przez swoje położenie i urządzenie możność stosowania, prócz innych metod leczniczych, również terapji klimatyczno-dietetycznej przy odpowiednim reżimie. Sanatorjum powinno przyjmować wyłącznie takich chorych na gruźlicę, którzy potrzebują leczenia, a stan których rokuje osiągnięcie możliwie trwałej poprawy.

b) Pod nazwą „Szpitala-Sanatorjum dla chorych na gruźlicę" rozumieć należy zakład leczniczy, pod odpowiedniem fachowem kierownictwem, odpowiednio położony i urządzony, przeznaczony do leczenia i izolowania wszelkich postaci gruźlicy, do nieuleczalnych włącznie. Poza innemi oddziałami zakład ten powinien posiadać oddziały: obserwacyjno-segregacyjny, chirurgiczny i dla chorych nieuleczalnych.

7) Ponieważ w walce społecznej z gruźlicą niezmiernie doniosłe zadanie przypada pracy wychowawczo profilaktycznej nad młodem pokoleniem, przeto IV. Zjazd wyraża nadzieję, że zniesiona ze względów oszczędnościowych instytucja lekarzy szkolnych, będzie, przy poprawie stosunków ekonomicznych w państwie, na nowo wprowadzona.

8) IV. Zjazd uchwala konieczność wprowadzenia w państwie „Ustawy Przeciwgruźliczej" i zwraca się z prośbą do Rządu o jak najrychlejsze wniesienie do Sejmu projektu takiej ustawy.

9) IV. Zjazd wyraża przekonanie:

a) że wszystkie czynniki fachowe, t. j. lekarz wolnopraktykujący, poradnia, szpital i sanatorjum są uprawnione, a nawet obowiązane, do wspólnego kierowania losem chorego i do walki z gruźlicą.

b) że koszty leczenia chorych na gruźlicę, nie mogą naogół obciążać wyłącznie samych chorych, a powinny obowiązywać również odnośne czynniki państwowe, samorządowe i społeczne.

c) że w Polsce powinien powstać Centralny Zakład Badań nad Gruźlicą. Konieczność stworzenia takiego zakładu była już stwierdzona uchwałą III. Zjazdu Przeciwgruźliczego w Poznaniu.

d) że Zakopane ma warunki stacji górskiej odpowiednie do leczenia gruźlicy płuc.

e) że w Zakopanem również powinno powstać tanie sanatorjum o charakterze ludowym.

10) „IV. Zjazd wyraża przekonanie, że restytuowanie zniesionego w swoim czasie Ministerstwa Zdrowia Publicznego będzie nietylko z korzyścią dla postępu kultury zdrowotnej w Polsce, ale przyniesie Skarbowi Państwa znaczną oszczędność".

Dr. Reiterowski i Dr. H. Tennenbaum (Łódź)

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół XXII. posiedzenia naukowego, odbytego dnia 9. października 1931.

Przewodn.: Kol. J. Marischler.

Na wstępie Kol. przewodniczący wygłosił wspomnienie pośmiertne o członku Twa ś. p. Stanisławie Zabłockim, którego pamięć obecni uczcili przez powstanie.

1. Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. Fels wygłosił wykład p. t. *„Ćwiczenia anatomiczne studentów medycyny"* (Pol. Gaz. Lek. nr. 41. b. r.).

W dyskusji: Kol. Sieradzki podnosi, że ze stanowiska naukowego nie można się zgodzić z twierdzeniem jakoby ćwiczenia anatomiczne w rozmiarach obecnie stosowanych były niepotrzebne, gdyż studenci wiele z tego zapominają i t. d. Faktem jest, że coraz trudniej o zwłoki dla anatomji normalnej; prace anatomiczne studentów zostały ograniczone do minimum, ale już dalej ograniczać ich nie można. Logicznym wnioskiem z tego jest, starać się o uzyskanie potrzebnej ilości zwłok, a nie znosić ćwiczenia. Dalej wskazuje na potrzeby preparacji anatomicznej, jako nauki podstawowej rentgenologji i chirurgji, dodając, że preparacja jest także niejako wstępnem ćwiczeniem do nauki różnych zabiegów lekarskich. Chodzi tu zresztą tylko o brak zwłok żydowskich. Kol. Schramm uważa dłuższą dyskusję na ten temat za zbędną bo większość obecnych jest zdaje się przeciwnego zdania niż wywody referenta. Nie można przecież uczyć się anatomji, ani chirurgji bez preparacji zwłok. Należy więc czynić starania o większą ilość zwłok. Kol. Zalewski przypomina zdanie Kosińskiego, że chirurg powinien jak najwięcej preparować; zwraca uwagę, że preparacja anatomiczna doszła u nas do minimum. Trudno jest przewidzieć, czy uda się zwiększyć ilość dostarczanych zwłok drogą odpowiednich ustaw, w każdym razie uważa ćwiczenia anatomiczne za konieczne. Kol. Nowicki nie chce powtarzać słusznych uwag przedmówców na temat potrzeby nauki anatomji prawidłowej na materjale naturalnym, a nie na mulażach lub gotowych preparatach anatomicznych muzealnych, bo rzecz jest zupełnie jasna, chce natomiast skorzystać z obecności szerszego grona kolegów, szczególnie żydowskich, by podnieść i wyjaśnić sprawę dostarczania, a raczej niedostarczania zwłok żydowskich do prosektorjum Instytutu anatomji prawidłowej. Mówca jest też wdzięczny kol. Felsowi, że przez poruszenie tematu omawianego dał sposobność do poruszenia sprawy zwłok żydowskich. Materjał ludzki, dostarczany do Instytutu anatomji prawidłowej składa się z tych zwłok, któremi nikt się nie zaopiekuje, a więc ze zwłok t. zw. bezdomnych. Nie ulega żadnej wątpliwości, że wiele takich zwłok znajduje się także wśród zwłok żydowskich, ma tu na myśli przedewszystkiem żebraków. Tymczasem pewne sfery żydowskie robią wszystko, by tylko nie dopuścić do oddania tego rodzaju zwłok bezdomnych do prosektorjum Instytutu anatomji prawidłowej. Mówca ma w tym kierunku doświadczenie. Nie mają tu nawet znaczenia względy rytualne, gdyż konferencja rabinów, *ad hoc* zwołana, oświadczyła się za dopuszczalnością oddawania zwłok żydowskich do prosektorjum Instytutu wspomnianego z przeznaczeniem do preparacji dla celów naukowych. W złej woli czynników odnośnych dopatruje się mówca źródła niedopuszczania zwłok żydowskich do tego prosektorjum. Czynniki te nie zdają sobie widocznie sprawy z szkody, jaką ich postępowanie przynosi żydowskim studentom medycyny. Mówca kończy swe przemówienie apelem do obecnych kolegów żydowskich, aby starali się pouczać ciemniejszą ludność żydowską, a przedewszystkiem wywrzeć pewien nacisk na te czynniki, które z całą świadomością wywołują trudności wspomniane.

W odpowiedzi na zapytanie, co się dzieje ze szczątkami zwłok już spreparowanych, odpowiada że zostają one składane do trumny i następnie pochowane.

Kol. Bant (P. G. L. nr. 46. b. r.).

Odpowiadał Kol. Fels zwracając uwagę, że poruszył sprawę braku materjału, którego według obecnych danych spodziewać się należy coraz mniej.

4. Kol. Hilarowicz wygłosił wykład pod tytułem: *„Zagadnienia nowoczesnej techniki uśmierzania bólu przy operacjach chirurgicznych"* (przeznaczone do druku w Pol. Gaz. lek.).

XXIII. posiedzenie naukowe, odbyte dn. 16. X. 1931.

Przewodn.: Kol. Zakrzewski Aleksander.

1. Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia naukowego.

2. Kol. St. Teppa przedstawił 33-letniego chorego z Kliniki neurologicznej, u którego stwierdzono lekkie osłabienie spastyczne lewej kończyny dolnej, nieznaczne obniżenie czucia bólu i temperatury w zakresie tej kończyny, oraz wyraźniejsze obniżenie, względnie zniesienie czucia bólu i temperatury na skórze kończyny prawej od D 12 do S 5. W wywiadach od 3 lat zaparcie stolca, w ostatnich miesiącach lekkie zaparcie moczu oraz obniżenie pociągu płciowego. Przedmiotowo stwierdzono jeszcze szybki, wyczerpujący się oczopląs. Wszystkie badania dodatkowe wypadły ujemnie.

Ognisko chorobowe zajmuje *tractus pyramid., spinothalam.*, oraz rogi tylne substancji szarej w lewej połowie rdzenia pacierzowego.

Kolega Teppa omówił rozpoznanie różniczkowe między typem lędźwiowo-krzyżowym rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia, krwotokiem, jamistością względnie guzem wewnątrzrdzeniowym i przedstawił trudności w postawieniu rozpoznania.

3. Kol. L. Jaburek przedstawił chłopca 9½ letniego z kliniki neurologicznej z zaburzeniem chodu trwającem od roku. Objektywnie stwierdzono: w staniu spoczywa cały ciężar tułowia na prawej nodze. Kończyna lewa nieco odwiedziona i przeważnie zgięta w stawie kolanowym podpiera tylko ciało; jest przytem stale zrotowana nieco na wewnątrz. Palce lewej stopy są ustawione we fleksji i jakby przylepione do podłogi. Kręgosłup w części lędźwiowej wybitnie lordotyczny i skoljotyczny z wypukłością ku prawej z powodu kurczów mięśni okolicy lędźwiowej. W chodzie wykonuje lewa kończyna silną cyrkumdukcję i bywa stawiana z lekkiem skrzyżowaniem przed kończyną prawą. Dokładniejsza obserwacja wykazuje, że w czasie chodu na szczycie przenoszenia lewej nogi ku przodowi występuje u niej skurcz i że chory przenosi ją kurczowo stężałą i zgiętą we wszystkich trzech stawach t. j. biodrowym, kolanowym i skokowym ku ziemi. W leżeniu stwierdza się w lewej dolnej kończynie przemijające napięcia m. lędźwiowo-udowych, m. wyprostnych uda i palców oraz m. zginaczy podudzia. W palcach lewej stopy ruchy o charakterze atetotycznym. Zresztą układ nerwowo-mięśniowy bez zmian.

Rozpoznano *dystonia musculorum deformans*, przyczem w różnicowaniu wzięto w rachubę histerję.

Następnie zademonstrował Kol. Jaburek filmy z przypadkami dystonji mięśniowej; w tem jeden przypadek dystonji po nagminnem zapaleniu mózgu.

4. Kol. Leszczyński i Kol. Liebhart wygłosili wykład p. t. *„O niektórych odczynach skórnych preklimakterycznych i klimakterycznych"* (z cyklu: dermatozy hormonalne kobiece).

Kol. Leszczyński przedstawia szereg przypadków, dotyczących kobiet w okresie przekwitania, u jego progu lub w jakiś czas potem, dotkniętych pewnemi zmianami na skórze. Stara się na podstawie badań leczniczych i laboratoryjnych, nadto na podstawie doświadczeń *ex juvantibus* znaleźć związek między temi zmianami, a zaburzeniami w równowadze gruczołów wkrewnych, wywołanemi właśnie okresem przekwitania.

Kol. Liebhart przedstawia dokładnie metodykę badań systemu wkrewno-wegetatywnego, a specjalnie sposób badań moczu, krwi na obecność hormonów płciowych. Wypowiada szereg uwag odnośnie do zachowania się gruczołów wkrewnych wogóle, a specjalnie w omawianym okresie.

(Rzecz ukazała się w Dermatologische Wochenschrift).

XXIV. posiedzenie naukowe odbyte dn. 23. X. 1931. r.

Przew.: Kol. J. Marischler.

1. Odczytanie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. Schusterówna przedstawia szereg preparatów anatomo-patologicznych:

a) Nadnerczaka, wychodzącego z nerki lewej, który wrasta do żyły nerkowej lewej, a dalej do żyły próżnej, zamykając prawie całkowicie jej światło. Przypadek dotyczył kobiety 44 letniej, zmarłej na oddziele kobiecym szpitala powszechnego, a przysłanej na sekcję z rozpoznaniem: ‚Niedomoga nadnerczy".

b) Tchawicę wykazującą rozległe typowe zmiany kiłowe, w okolicy jej rozwidlenia. Zmianę tę stwierdzono u kobiety 30 letniej, przysłaną również z oddziału kobiecego z rozpoznaniem *„Stenosis tracheae"*.

c) Przełyk kobiety 47 letniej, u której, po połknięciu ogromnego kawałka kości, nastąpiło uszkodzenie ściany górnego odcinka przełyku i przebicie do śródpiersia tylnego, gdzie też kość utkwiła. Ropne zapalenie śródpiersia, które przeszło na opłucną lewą, było ostateczną przyczyną śmierci.

d) Narządy z przypadku ziarnicy złośliwej „*Lymphogranulomatosis*" przedstawiające nam typowe i charakterystyczne zmiany dla ziarnicy bez jakichkolwiek powikłań, a zatem pakiety gruczołów szyjnych, gruczołów śródpiersia i gruczołów krezkowych, następnie płuca, śledzionę, wątrobę i nerki. Przypadek dotyczył mężczyzny 32-letniego, leczonego przez 6 miesięcy na oddziale męskim wew. szpitala powszechnego, u którego objawy kliniczne były również typowe dla ziarnicy złośliwej.

W dyskusji Kol. Pisek wspomina o analogicznym przypadku zwężenia kilowego tchawicy, rozpoznanego za życia, — obserwowanym przed 50 laty w Zakładzie Anatomji patologicznej Uniwersytetu Krakowskiego. Następnie wspomina o sekcyjnym przypadku uduszenia się z powodu utkwienia ciała obcego w tchawicy (kaczana z kapusty).

3. Kol. Szurek przedstawił *przypadek ziarnicy złośliwej* u młodej dziewczyny z bardzo znacznem powiększeniem gruczołów na szyi po stronie prawej, z którego to powodu podejrzywano z początku mięsaka gruczołów.

W dyskusji przemawiali Kol. Pisek i Kol. Goldschlag, zwracając uwagę na uporczywy świąd skóry, który w niektórych przypadkach występuje bardzo wcześnie i niejednokrotnie prowadzi do pomyłek diagnostycznych.

4) Kol. Reis wygłosił wykład pod tyt.: *Siatkówkowe tętno żylne a ucisk śródczaszkowy.*

Prelegent przytacza wyniki swoich badań kontrolnych nad stosunkiem siatkówkowego tętna żylnego do ucisku śródczaszkowego, wykonanych dynamometrem Baurmanna, który dotychczas nie jest jeszcze w obiegu.

Po omówieniu fizjologicznych danych, dotyczących natury siatkówkowego tętna żylnego, i fizykalnych doświadczeń Baurmanna, przedstawia R. własne wyniki doświadczeń wykonanych na klinice neurologicznej prof. Halbana we Lwowie u 123 chorych. Ilość przypadków mierzonych dynamometrem wynosiła 27; przypadków kontrolowanych następowem nakłuciem lędźwiowem było 16.

Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi R. do wniosku, że siatkówkowe tętno żylne — poza tem, że jest objawem fizjologicznym — może być także wskaźnikiem dla ucisku śródczaszkowego, że istnienie samorodnego tętna żylnego wyklucza zwiększony ucisk śródczaszkowy i że zawsze tym przyrządem można przy istnieniu tarczy zastoinowej wykazać podwyższony ucisk śródczaszkowy.

Metoda Baurmanna może się stać — zdaniem R. — metodą wyboru dla mierzenia ucisku śródczaszkowego i przyczynić się do ograniczenia nakłucia lędźwiowego tylko do tych przypadków, w których wskazanem jest równocześnie badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

5. Kol. A. Nadel wygłosił wykład p. t. *Chemizm skóry a czas wessania bąbla z soli fizjologicznej.* Chcąc stwierdzić, czy czas wessania bąbla z soli fizjolog. (reakcja Aldricha i Mc Clure'a) pozostaje w związku z zawartością chloru i wody skóry, przeprowadził autor szereg badań, polegających na tem, że po jednej stronie sztancą wycinał bez miejscowego znieczulenia skórę celem chemicznego badania, zaś na miejscach analogicznych drugiej strony obserwował czas wessania bąbla. Badania były przeprowadzane przeważnie u ludzi cierpiących na pewne dermatozy, przyczem reakcja Aldricha i Mc. Clure'a, jako też chemiczne badania skóry wykonywane były na miejscach skóry zdrowej, t. z. przez daną dermatozę niezajętej. Jedynie w 2 przypadkach wysypki toksycznej badania wykonane były na miejscach przez dermatozę zajętych.

Zgodność między cz. w. bąbla, a zawartością wody i chloru skóry ludzkiej pobranej za życia danego osobnika znalazł autor tylko w pewnej części przebadanych przypadków. Wyrażona procentowo była zgodność między cz. w. b., a poziomem wody w skórze w 38% przypadków, brak zgodności w 62%. Zgodność między cz. w. b. a poziomem chloru w skórze dała się stwierdzić w 61%, niezgodność w 39% przypadków. Na podstawie tych wyników autor dochodzi do wniosku, że badanie czasu w. b. nie może zastąpić badania poziomu wody i chloru w skórze, pobranej za życia chorego. Również skrócenie cz. w. b. nie może być uważane jako objaw głodu wody tkanki, jak niektórzy autorowie twierdzą. *(Gewebedurst.).* C. w. b. z soli fizjolog. zależy od całego szeregu czynników, które autor omówił w jednej z poprzednich prac swoich, a mianowicie od stanu naczyń obwodowych, systemu wegetatywnego, elastyczności skóry, temperatury, wieku chorego, intoksykacji i wielu innych nieznanych jeszcze czynników.

Co do zawartości wody i minerałów w skórze uważa autor że odgrywają one pewną rolę, jednakowoż wpływ ich na czas wess. b. nie jest decydujący.

W dyskusji Kol. Groer zwraca uwagę, że czas wessania bąbla z soli fizjologicznej zależny jest w pierwszym rzędzie od stanu naczyń skórnych a także od wielu innych czynników, jak n. p. pory dnia i t. d.

Odpowiedział kol. Nadel.

A. Falkiewicz. Sekretarz doroczny.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół zebrania naukowego z dnia 17. czerwca 1931.

Kol. Gawlik przedstawia dziewczynę 22-letnią o wzroście 121 cm z infantylizmem na tle niedomogi tarczycy i jajników.

Kol. Puterman uważa ten przypadek za *mongolismus*, względnie mongoloid.

Kol. Trawiński: 1) omawia dwa rzadkie przypadki pierwotnego raka wyrostka robaczkowego. W obu przypadkach rozpoznanie przedoperacyjne brzmiało: *appendicitis exacerbans* i z tego też powodu wkroczono operacyjnie. Wyrostki miały kolbowate stwardnienie na końcach, które się wydały podejrzane, to też zbadano je pod mikroskopem (Dr. Sztuka) i ku zdziwieniu znaleziono niewątpliwe utkanie rakowate. *(Ca simplex).* Gruczoły krezkowe nie były powiększone. Żadnych innych zmian patol. w brzuchu nie znaleziono. Dokładne badanie obu chorych nie wykryło żadnego innego ogniska rakowatego. Należy więc przypuszczać, że w obu przypadkach był to rak pierwotny wyrostka robaczkowego. Ograniczono się do zwykłej apendektomji z zabraniem całej krezki.

Przebieg dalszy zupełnie gładki. Pierwszy chory, 64-letni mężczyzna, jest już przeszło rok po operacji i przy powtórnem badaniu w dniu wczorajszym stwierdzono, że jest zdrów. Druga chora lat 32, jest w 3 miesiącu po operacji — obecnie też zdrowa.

2. pokazuje pacjenta w 10 miesięcy po złamaniu poprzecznem uda w dwu miejscach. Zastosowano tu szew kostny zapomocą płytki Shermana z 6-iu śrubami, którą usunięto po upływie 6 tygodni. Nastąpił dobry zrost. Ruchy w stawie kolanowym ograniczone nieznacznie, pacjent chodzi dobrze. Skrócenia kończyny niema.

Pokaz rentgenogramów przed i pooperacyjnych.

Kol. Puterman referuje przypadek, demonstrowany na poprzedniem zebraniu:

Ze względu na różnicę poglądów rozpoznawczych w sprawie przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu przypadku cierpienia mózgowego, Kol. Puterman odczytuje jeszcze raz szczegółową historję choroby pacjentki wraz z uwagami epikrytycznemi, upatruje w danym przypadku cierpienie organiczne, opierając się głównie na wyniku badania encefalograficznego. Mówca wyklucza kiłę, reumatyzm, powątpiewa o guzowatości mózgu, odrzuca *a limine* stwardnienie rozsiane, a zatrzymuje się nad rozpoznawaniem zapalnej sprawy oponowej przewlekłej, za którą przemawia cały szereg dość ważkich objawów: początkowe przed 3 latami często powtarzające się silne bóle głowy, nieraz w połączeniu z nudnościami i wymiotami, kolejne występowanie *ophtalmoplegiae incompletae et strabismi convergentis oculi dextri* z ograniczeniem pola widzenia tegoż oka, z brakiem tarczy zastoinowej w jednem i drugiem oku, przejściowe porażenie dolnej gałęzi *n. facialis dextri* (według relacji krakowskiego neurologa).

W dalszym ciągu występują dość częste napady epileptyczne bez drgawek, z *aura*, pianą na ustach i amnezją, poza tem istnieją niektóre objawy hipofizarne *(polydipsia, climacterium praecox)*, limfocytowy obraz komórkowy w płynie mózgowo-rdzeniowym, nieznaczne zmiany hematologiczne. Encefalografija stwierdza niedrożność komór bocznych, oraz przestrzeni podpajęczynówkowych lewej półkuli mózgowej z wygładzeniem jej bruzd.

W dalszym ciągu odczytując list Kol. Higiera, do którego skierowana była pacjentka, Kol. Puterman wyraża pewne wątpliwości co do rozpoznania przez Kol. H. sprawy nowotworowej, której istnienie w ciągu tylu lat mogłoby się nie zdradzać żadnym zgoła objawem. Wykluczenie przez Kol. H. niedomogi przysadki *(climax praecox, polydipsia)* na zasadzie braku glikozurji, dwuskroniowej, hemianopsji, objawów *dystrophiae adiposogenitalis*, zmian w siodełku nie jest ugruntowanem z tej racji, że upośledzenie dwóch, a nawet jednej tylko funkcji gruczołu wkrewnego o wielorakiej czynności, do jakiego należy przysadka, niekoniecznie manifestować się musi objawami utraty wszystkich innych jego funkcyj i wyrazić się grubemi objawami anatomo-klinicznemi, jak tego chce Kol. H. O niedomodze przysadki w pewnym kierunku mogą orzec tylko bardziej subtelne chemiczno-biologiczne metody badania (dializacyjno-optyczna Abderhaldena i inne).

Wbrew zdaniu Kol. H., Kol. P. uzależnia padaczkę od choroby podstawowej na tej zasadzie, że wystąpiła ona równocześnie z innemi objawami mózgowemi.

Odrzucając możliwość korowego pochodzenia niektórych objawów, Kol. H. nie uwzględnił przejściowego porażenia dolnej gałęzi prawego nerwu twarzowego (objaw korowy), o którem wzmiankował neurolog krakowski, który w swoim czasie obserwował chorą. Odnośnie do porażenia mięśni ocznych, to staranne badanie okulisty Kol. Horowitza, stwierdziło *ophtalmoplegiam dextram incompletam* przy prawidłowej bystrości wzroku. Kol. H. nie był w stanie wytłumaczyć wyniku badania encefalograficznego.

Co do braku bólów głowy, braku *polydipsiae*, to chyba pacjentka wprowadziła Kol. P. w błąd, kładąc wielki nacisk na te objawy u Kol. P., a nie przyznając się do nich przed Kol. H.

Niemniej wobec poważnego stanowiska, jakie w neurologji zajmuje Kol. H., uwzględnione zostaną jego postulaty: powtórne badanie krwi na Wassermanna i leczenie przeciwkiłowe dla postawienia diagnozy *ex juvantibus*. O wyniku badania nie omieszka Kol. P. zakomunikować Kolegom na jednem z przyszłych posiedzeń naukowych Towarzystwa Lekarskiego.

Kol. Gawlik podaje krótkie streszczenie odczytu o wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy kostno-stawowej.

W dyskusji zabierali głos Kol. Kol. Molicki, Trawiński i Kol. Puterman, który wspomina o często spotykanych bo u 40% oseseków tuberkulidach skóry.

Kol. Wołkowicz referuje stanowisko Towarzystwa Lekarskiego w sprawie walki z gruźlicą w Sosnowcu, które wypowiedziało się za utrzymaniem istniejących placówek, jak poradnia przeciwgruźlicza, co dla stosunków tutejszych jest koniecznem, oraz za dążeniem do stworzenia szpitala dla chorych gruźliczych w celach izolacyjnych i leczniczych na terenie m. Sosnowca i Zagłębia Dąbrowskiego.

W dyskusji zabierali głos Kol. Kol. Gawlik, Suchodolski, Wassercwajg i Molicki.

Sekr.: (—) *Dr. F. Sztuka.* Prezes: (—) *Dr. K. Suchodolski.*

Zarząd Związku Przeciwwenerycznego.

Protokół Nr. 18. posiedzenia z dnia 25 września 1931 r.

Obecni: Prof. Franciszek Krzyształowicz, Dr. Jan Adamski, Dr. Leon Wernic, Dr. Jerzy Reise, Dr. Alfred Ettinger, Doc. Dr. Marjan Grzybowski, Dr. Wiktor Borkowski.

1) Przyjęto protokół posiedzenia z dnia 19 czerwca 1931 r.

2) Sekretarz zdał sprawę z delegacji na Zjazd Higjenistów Miast i Wsi w Gdyni w r. 1931.

3) Uchwalono udzielić II. ratę zapomogi dla Polskiego Katolickiego Towarzystwa Opieki nad Kobietami w wysokości 250 zł. (dwieście pięćdziesiąt) na koszty leczenia chorych wenerycznie dziewcząt w Zakładzie „Przystań" w Henrykowie.

4) Uchwalono treść: 1) memorjału do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Dep. Sł. Zdrowia) w sprawie potrzeby ratyfikacji Brukselskiego Porozumienia Międzynarodowego z r. 1924 w przedmiocie bezpłatnego leczenia chorych wenerycznie marynarzy flot handlowych, należących do państw asygnatarjuszów oraz 2) memorjału w sprawie korzyści rozciągnięcia ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby na ogół marynarzy pływających polskiej floty handlowej.

Sekretarz: (—) *Dr. Borkowski.* w. z. Przew.: (—) *Dr. L. Wernic.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Sprawozdanie z przebiegu egzaminu wstępnego do szkoły podchorążych sanit. w roku 1931/32. (Według „Lekarza wojskowego", tom 18, nr. 7, str. 284, 1 zeszyt). Przyjęcie kandydatów do S. P. S. w roku bieżącym odbyło się na podstawie warunków podanych przez M. S. Wojsk. w Dzien. Rozk. Nr. 16 z dnia 30. IV. 1930 roku. Według tych warunków, uprawnionymi do kandydowania do S. P. S. są obywatele polscy w wieku od 17 do 22 lat, maturzyści, względnie słuchacze szkół akademickich, którzy zobowiązują się, po uzyskaniu dyplomu i stopnia oficerskiego, odsłużyć w charakterze lekarza lub farmaceuty, za sześcioletni czas pobytu w szkole, w stosunku trzech lat za każdy rok studjów.

W bieżącym roku przyjmowanie kandydatów zostało przeprowadzone pod ogólnem kierownictwem Komendanta C. W. San. gen. bryg. Kołłątaj-Srzednickiego i Komendanta S. P. S. Płk. lek. Dr. Gilewicza Zygmunta w czasie od 22. VI. do 26. VI.

Program przyjmowania kandydatów był następujący:

W dniu 22. VI. — egzamin pisemny dla wszystkich kand. oraz dla części kandydatów badanie przez komisję oficerską, komisję lekarską, badanie sprawności fizycznej i psychotechniczne na przyrządach.

W dniu 23. VI. i 24. VI. — urzędowanie tych samych komisyj dla kandydatów następnych liter alfabetu.

W dniu 25. VI. — opracowanie tematów pisemnych przez kandydatów niezdyskwalifikowanych przez komisję lekarską.

W dniu 26. VI. — pisemne badanie psychotechniczne.

Dla przyjeżdżających z prowincji kandydatów przygotowano kwatery w rejonach baonu podchor. zaw. i rezerwy, wyżywienie na koszt własny w kasynie podoficerskiem.

Podań o przyjęcie do S. P. S. wpłynęło w r. b. 496, z czego 11 odrzucono z powodu przekroczonego wieku, lub braku łaciny; zgłosiło się 482 kandydatów.

W pierwszym dniu, kandydaci podzieleni na grupy, pod kierunkiem oficerów Baonu, poddani zostali egzaminowi pisemnemu przy pomocy testu, w którym kandydat musiał wykazać swoje wiadomości, wyniesione ze szkoły średniej. Test zawierał 25 pytań, na które kandydat miał odpowiedzieć w ciągu 1-ej godz. Wprowadzenie tego rodzaju testu przy badaniu kandydatów oddało już nieocenione usługi w roku zeszłym, pozwalając na zorjentowanie się w sposób szybki, a możliwie dokładny w ogólnych wiadomościach kandydatów. Trzeba zanaczyć, że absolwenci szkół średnich w latach ostatnich nie mają należytego przygotowania do studjów uniwersyteckich, wykazują szczupły zasób wiadomości ogólnych, co się specjalnie ujawniło przy przyjmowaniu kandydatów w roku 1930. Na poparcie powyższego twierdzenia przytoczę odpowiedzi niektórych kandydatów z roku zeszłego.

Pytania i odpowiedzi na nie, zebrane z różnych wypracowań: 1) Wodzowie w wojnie polsko-bolszewickiej: Świtalski, Prystor, Wieniawa-Długoszowski, Składkowski, Hubicki, Beck. 2) Wodzowie wielkiej wojny europejskiej: Petlura, Bismark, Wilson, Clemenceau. 3) Monarchje w Europie: Niemcy, Afganistan, Turcja, Chiny. 4) Nazwiska żyjących pisarzów polskich: Bałucki, May, Chodźko, Żeromski, London. 5) Doniosłe daty w dziejach ludzkości: Rok urodzenia (kandydata), ukończenia gimnazjum, ślub i śmierć kochanych osób. 6) Największe klęski społeczne trapiące ludzkość: Lenistwo, obojętność, gnuśność, podatki, mała reprodukcja, łakomstwo, biurokracja, brak gotówki, brak rozumu, nadmierna wilgoć. 7) Produkty destylacji węgla: Węgiel drzewny, żelazo, rad. 7) Wynalazki Edisona: Maszyna do pisania, lokomotywa, lupa, latarnia. 9) Postacie energji: Bóg Ojciec, Matka Boska i św. Piotr, silna wola, moc, rozkazywanie, Hannibal, Kościuszko, Napoleon, bieg, krzyk, chód, śpiew. 10) Specjalności lekarskie: Homeopatja, patologja, weterynarja, psychologja. 11) Obrazy Matejki: Matka Boska Ostrobramska, Kucie kos, Branka i Sybir, Wojna, Reduta Ordona. 12) Utwory Szopena: Halka, Utwory w gamach różnych, Rozbity fortepian, Owertura. 13) Miasta leżące nad Wisłą: Puck, Gdynia. 14) Miasta uniwersyteckie: Bydgoszcz. 15) Metale: Virtuti Militari, Krzyż Walecznych. 16) Bitwy Kościuszki: Raszyn.

Ortografja w powyższym tekście: biek, chaczyki, żułtko, cieczew.

W tym roku nie spotkaliśmy tylu tak jaskrawych przykładów.

W tegorocznym teście, kandydat, mając nakreślić granice Polski i jej sąsiadów, umieścił Francję, jako sąsiada Polski.

Na pytanie, jakie rodzaje sportów zna kandydat i jakich zna rekordzistów, wszystkie odpowiedzi były wyczerpujące i dokładne. Wskazuje to na zbytnie skierowanie zainteresowań młodzieży w szkolnictwie średniem w kierunku wychowania fizycznego, ze szkodą dla nauki.

Po pierwszym egzaminie, 27 kandydatów zrezygnowało z dalszego badania i wycofało swe podania, 455 poddano następnym badaniom komisji oficerskiej i lekarskiej.

Z kolei kandydaci poddani zostali badaniu lekarskiemu, przez specjalistów szpitala szkolnego, pod przewodnictwem płk. lek. Dr. Szwojnickiego Antoniego, Komendata Szpit. Szkolnego, w porządku następującym: badanie ogólne, chirurgiczne, neurologiczne, wzroku, ucha nosa i gardła. Kandydaci niezdyskwalifikowani przez wymienionych specjalistów, odchodzili na badanie rentgenologiczne, psychotechniczne (na przyrządach) i badanie sprawności fizycznej, w końcu poddani zostali badaniu internistycznemu. Na skutek złego stanu zdrowia, odpadło 190 kandydatów, zostało zatem dopuszczonych do egzaminu ostatecznego 265.

Egzamin przeprowadzony w dniu 25. VI. obejmował:

I) Streszczenie wykładu doc. płk. lek. Dr. Owczarewicza: O życiu i rozwoju bakteryj.

II) Opracowanie 4-ch tematów.

Wykład, w czasie którego kandydatom nie wolno było robić żadnych notatek, odbył się w sali honorowej w Zamku Ujazdowskim, w obecności dziekana wydziału lekarskiego Uniw. Warsz. prof. Leśniowskiego. Bezpośrednio po wykładzie, kandydaci podzieleni na grupy, przeszli do sal oddzielnych, gdzie pod kontrolą oficerów streścili wykład, poczem z zachowaniem 10-minutowych przerw, pisali 20-minutowe wypracowania, na następujące tematy:

Temat I. — I. Co mnie razi w zachowaniu się ludzi? II. Jak należy wyrażać sądy o ludziach? III. Cechy wysokiej kultury towarzyskiej.

Temat II. — I. Czego mnie nauczyło moje doświadczenie życiowe. II. Wedle stawu grobla. III. Na czem polega siła moralna wojska?

Temat III. — I. Co cenię w żołnierzu i dla czego? II. Jaką chciałbym widzieć Polskę? III. Dlaczego wojsko w Polsce jest niezbędne?

Temat IV. — I. Jakie cechy dziedziczności zaobserwowałem osobiście? II. Jasne i ciemne momenty powstania 1831 roku? III. Stosunek czynników psychicznych do materjalnych w życiu ludzkiem.

Z każdego tematu, kandydat miał odpowiedzieć na jedno, dowolnie przez siebie wybrane pytanie. Układ pytań i pozostawienie swobody w wyborze, miały na celu, poznanie stosunku kandydata do państwowości polskiej, jego sposobu myślenia, wyrobienia etycznego i towarzyskiego.

W ostatnim dniu, odbyło się pod kierunkiem płk. Kornilowicza badanie psychotechniczne pisemne, które, łącznie z badaniem na przyrządach, dokonanem uprzednio, miało na celu, wykazanie szybkości i dokładności w pracy, zręczności, oraz zbadanie inteligencji, pamięci słuchowo-wzrokowej i uwagi kandydata.

Badanie sprawności fizycznej obejmowało: bieg 100 metrowy, skok w dal i wzwyż, oraz rzut kulą. Po biegu badano formę kandydatów i notowano tętno.

26. VI. Kandydaci opuścili szkołę, przyjęci mieli być o wyniku zawiadomieni telegraficznie.

Po poprawieniu wszystkich wypracowań i testów, komisja oficerska zajęła się ułożeniem listy kwalifikacyjnej kandydatów, według ilości osiągniętych przez nich punktów.

W dniu 27. VI. pod przewodnictwem p. gen. Dr. Kołłątaj-Srzednickiego, zebrała się Rada Pedagogiczna.

Rada Pedagogiczna, uwzględniając stan zdrowotny kandydatów oraz ilość punktów osiągniętych przez nich przy poszczególnych badaniach, dokonała wyboru kandydatów w ilości ustalonej na r. b., przez p. II-go Wiceministra Spr. Wojsk. 60 na medycynę, 10 na farmację. Najwyższa liczba osiągniętych przez kandydata punktów, wynosiła 898, najniższa 272.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 10 listopada 1931 r. o godz. 8 wiecz. Na porządku dziennym: 1. M. Semerau-Siemianowski: O hipotonji konstytucjonalnej. 2. A. Kapłan: O nadciśnieniu tętniczem.

Lwów.

Otwarcie Instytutu przeciwrakowego we Lwowie. Dnia 8. XI. b. r. odbyło się we Lwowie, na terenie Szpitala powszechnego uroczyste otwarcie Polskiego Instytutu Przeciwrakowego. Na otwarciu zjawili się reprezentanci duchowieństwa, władz cywilnych i wojskowych, szkół wyższych, towarzystw naukowych i lekarskich i wielka ilość wybitnych przedstawicieli sfer lekarskich zamiejscowych i miejscowych. Po nabożeństwie, odprawionem przez ks. arcybiskupa dr. Twardowskiego, odbyła się właściwa uroczystość otwarcia instytutu. — Przemawiali: ks. arcybiskup dr. Twardowski, wojewoda dr. Rożniecki imieniem Rządu, naczelnik Wydziału Zdrowia dr. Majewski imieniem dyrektora departamentu służby zdrowia M. S. W., prym. dr. Ziembicki, wiceprezes instytutu imieniem Zarządu instytutu, prof. dr. Nowicki imieniem Akademji Umiejętności w Krakowie, naczelnik dr. Doliński imieniem sanitarnych władz miejskich, dziekan prof. dr. Lenartowicz imieniem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza, doc. dr. Sterling-Okuniewski imieniem Komitetu do walki z rakiem w Warszawie, prof. dr. Cieszyński imieniem zagranicznych i polskich towarzystw stomatologicznych, komisarz dr. Szumski imieniem Okr. Związku Kas Chorych, wreszcie dyr. dr. Pohorecki, jako gospodarz terenu, na którym powstał Instytut. Po uroczystości otwarcia nastąpiło zwiedzanie instytutu przez gości. — W jednym z następnych numerów P. G. L. podamy historję powstania i opis instytutu, tudzież dokładne sprawozdanie z uroczystości otwarcia.

Klinika położnicza i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie urządza kurs dokształcający dla lekarzy w czasie od 1-go do 23 grudnia b. r. Kurs obejmować będzie wykłady teoretyczne zwłaszcza z nowszych zagadnień położnictwa i chorób kobiecych, a połączony będzie z internatem celem jak najlepszego wyzyskania materjału położniczego do celów praktycznych. Liczba uczestników ograniczona. Opłata za cały kurs 300 zł. Zgłoszenia do 25-go listopada przyjmuje Dyrekcja Kliniki, gdzie też można zasięgnąć bliższych informacyj.

Z kraju.

Związek Lekarzy Zdrojowych w Szczawnicy na Walnem Zebraniu wybrał Zarząd na rok 1931—1932 w następującym składzie: prezes Dr. Rudolf Kochlöffel, wiceprezes Dr. Wilhelm Krepaczek, sekretarz Dr. Roman Hammerschlag, skarbnik Dr. Bronisław Mohr, członek zarządu Dr. Tadeusz Włyński. Z inicjatywy Związku Lekarzy w Szczawnicy i Komisji Zdrojowej będzie otwarty w tym roku sezon zimowy w Szczawnicy od 15 grudnia do 1 marca. W tym celu czyni się odpowiednie przygotowania, dla uruchomienia sezonu klimatyczno-zdrojowego i sportowego w Szczawnicy, jak wybudowanie skoczni, toru saneczkowego, ślizgawki i t. d. Szczawnica, dzięki swym naturalnym, znakomitym warunkom najlepiej nadaje się do rozwinięcia sportu zimowego. Dojazd dla kuracjuszów ze Starego Sącza jest zapewniony wygodnymi autobusami. Za Wydział: Dr. Rudolf *Kochlöffel*.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa chorób	Tydzień 35 od 23-29/VIII 1931 r.		Tydzień 36 od 30/VIII do 5/IX		Tydzień 37 od 6—12/IX 1931 r.		Tydzień 38 od 13—19/IX 1931 r.	
	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—	—	—	1	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	477	33	562	24	599	43	490	34
Paradury	1	—	—	—	2	—	1	—
Dur plamisty	6	—	2	—	1	—	2	—
Dur powrotny	—	—	—	—	1	—	—	—
Czerwonka	134	11	112	13	82	7	92	13
Płonica	374	10	377	14	448	16	479	10
Błonica	244	13	251	5	322	14	346	21
Zap. op. mózg. (nagminne)	5	2	4	2	4	1	8	1
Odra	64	—	72	4	69	1	60	—
Róża	52	1	75	3	85	4	81	5
Krztusiec	182	14	160	8	148	3	126	—
Zimnica	—	—	—	—	—	—	—	—
Gorączka połogowa	25	8	35	8	34	12	35	6
Trąd	—	—	—	—	—	—	—	—
Jaglica	613	—	547	—	499	—	546	—
Wąglik	4	1	2	—	—	—	1	1
Nosacizna	—	—	—	—	—	—	—	—
Włośnica	8	1	—	—	1	—	3	—
Wścieklizna	—	—	—	—	—	—	—	—
Zatrucie mięsne	6	3	5	3	10	3	—	—
Choroba Heine Medina	4	1	1	—	1	—	1	—
Twardziel	2	—	2	—	—	—	—	—
Inne choroby zakaźne	52	2	49	2	86	5	55	3

Sprostowanie omyłki druku.

W numerze 45-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z 8 listopada b. r. na stronie 884, w szpalcie drugiej, w notatce p. t. „Kasa chorych w Berlinie buduje gmach administracyjny za 11 miljonów złotych" w wierszu drugim od góry zamiast słów. „Jedynie lekarze i t. d." powinno być: „Jednak nie lekarze".

Sprostowanie.

W związku z zamieszczoną w Nr. 46 Polskiej Gaz. lek. w dziale Kroniki notatką, iż „prof. Dr. A. Gluziński objął kierownictwo kliniki chorób wewnętrznych w Szpitalu Św. Ducha na okres semestru zimowego" redakcja pisma otrzymała od p. Prof. Dr. A. Gluzińskiego sprostowanie, które niniejszym zamieszczamy: „Prof. Dr. A. Gluziński, ulegając życzeniu Rady Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz. podjął się zastępstwa w kierownictwie I. kliniki chorób wewnętrznych w Szpitalu Św. Ducha z wyraźnem zastrzeżeniem, że podejmuje się tego zadania tylko na okres kilku tygodni, a nie na okres semestru zimowego, jak to podaje notatka w „Medycynie".

Zmarli.

Znakomity neurolog - psychjatra, prof. Economo, zmarł w Wiedniu.

Henryk Trenkner, pedjatra, lekarz szkolny, b. Komisarz do walki z epidemjami — w Warszawie.

Ze świata.

Dr. Alfred Laskiewicz, profesor nadzwyczajny i dyrektor Kliniki Oto-Laryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego, został wybrany członkiem honorowym włoskiego towarzystwa otolaryngologicznego (Società Oto-Laringologica Italiana).

Redakcja otrzymała.

Łepkowski Bron., „Wyniki leczenia gruźlicy płuc wyrwaniem nerwu przeponowego". Odb. z Nowin lekarskich Nr. 18, z r. 1931.

Bibliographie d'hygiène industrielle, vol. V, nr. 3.

Atlas du radiologie osseuse. I Lésions traumatiques, II Lésions non traumatiques. Wyd. Masson et Cie. Paris 1931.

Ivan Mahain. Les maladies organiques du faisceau des Hiss-Tawara. Masson et Cpnie. Paris 1931.

M. Loeper. Thérapeutique médicale III. Foie glandes endocrines et nutrition. Masson et Cpnie. Paris 1931.

H. Chabanier et C. Lobo-Onell. Précis du diabète: Masson et Cpnie. Paris **1931**.